Uppsala 1981

Omflyttning Boende och Hälsa

Av Finn Diderichsen

1981.

Socialmedicinsk Tidskrifts Skriftserie
nr 45 ,Stockholm 1981.

SOCIALMEDICINSK TIDSSKRIFTS SKRIFTSERIE nr 45.

Distribution: Socialmedicinsk Tidsskrift, S-172 83 SUNDBYBERG

Finn Diderichsen

OMFLYTTNING, BOENDE OCH HÄLSA:

En socialmedicinsk studie av ett nytt bostadsområde i Luleå.

Akademisk avhandling som för avläggande av medicine doktorsexamen vid Universitetet i Uppsala kommer att offentligt försvaras i föreläsningssalen, Socialmedicinska Institutionen, Akademiska sjukhuset, ingång 15, Uppsala, fredagen den 20 november 1980 kl 09.15.

ABSTRACT

Finn Diderichsen: Migration, Housing and Health.

Several studies have indicated that the prevalence of mental illness is higher in nex suburbs than in more established areas.

The main explanations for this are that migration is selective, that migration is stressful and that living conditions in these areas have negative health effects.

In the first part of the study 3,100 persons who moved to or from houses in the Swedish town of Luleå are compared with a sample of 3,200 inhabitants in the town. With regard to absence from work due to sickness we find that local migration is selective. This may result in a high level of absence from work due to sickness in the new housing areas.

In the second part we have studied the population of a new suburb in Luleå. For 1,000 persons who moved in from other parts of the country we have compared absence due to sickness three years before and three years after migration, and compared this with figures for a matched control group of persons who stayed in the municipalities left by the migrants. The level of absence due to sickness before migration is higher for migrants than for the control group especially among blue-collar workers from bigger towns. After migration the number of sick days for psychosomatic symptoms increases among blue-collar workers from rural areas, but the total number of sick days is unchanged.

In the third part of the study we analyse a health questionnaire answered by 3,000 persons in this suburb. Here we also find a positive relationship between mobility and mental illness among workers. Furthermore, we find that the prevalence of mental symptoms is higher in public housing neighbourhoods than in residential neighbourhoods. Possible mechanisms underlying this phenomenon are analysed.

Keywords: Migration, Housing, Mental Health, Absenteeism.

Finn Diderichsen, Department of Social Medicine, Akademiska sjukhuset, S-750 14 Uppsala, Sweden

Karolinska Institutet, Department of Social Medicine, Field Research Unit, Storstigen 22, S-951 38 Luleå, Sweden

ISSN 0346-6329

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

		Sid nr
1	**Bakgrund för undersökningen**	1
2	**Vetenskapliga utgångspunkter**	3
2.1	Psykisk ohälsa i staden och på landet	3
2.2	Flyttning och psykisk ohälsa	4
2.3	Psykisk ohälsa i slummen	7
2.4	Den selektiva omflyttningen i städerna	8
2.5	De nya städerna	11
2.6	Att förklara eller att förstå psykisk ohälsa	17
2.7	Teoretiska utgångspunkter	20
2.8	Vår modell	22
3	**Omflyttning och segregation i Luleå**	25
3.1	Material och metoder	25
3.2	Beskrivning av Luleå stadsdelar	27
3.3	Den lokala omflyttningen	32
3.4	Flyttning - ett samspel mellan bostadsområde och individ	35
3.5	Leder selektion till segregation?	37
3.6	Sammanfattning	38
4	**Bostadsområdet Hertsön**	40
5	**Flyttning och sjukfrånvaro**	46
5.1	Material och metoder	46
5.2	Selektion beträffande sjukfrånvaro	50
5.3	Effekter av flyttning	53
5.4	Riskgrupper	58
5.5	Diskussion	61
6	**Att bo på Hertsön**	63
6.1	Material och metod	63
6.2	Geografisk rörlighet och psykiska besvär	67
6.3	Geografisk rörlighet och sociala kontakter	71
6.4	Boendemiljö och sociala kontakter	75
6.5	Sociala kontakter och psykiska besvär	79
6.6	Boendemiljö och psykiskt välbefinnande	82
7	**Avslutande diskussion**	91
	Sammanfattning	96
	Appendix A	100
	Appendix B	106
	Appendix C	108
	Appendix D	109
	Litteraturförteckning	112
	Summary	

UNIV. LEIDEN BIBL.

Copyright; 1981 Finn Diderichsen, Printed in Luleå 1981 by Tomas Tryckare.
Förlag: Socialmedicinsk Tidskrift Stockholm ISSN 0346-6329

FÖRORD

Föreliggande avhandling bygger på ett arbete som tog sin början 1976 i Stålverk-80 planernas Luleå. Det var en tid av framtidstro och hopp om nya tider för Norrbotten. Äntligen skulle decennier av anfolkning avlösas av expansion. Men det var också en tid av oro inför vad de stora förändringarna skulle föra med sig. När järnverket hade byggts under 50-talet och många arbetare från Tornedalen och Västerbotten hade samlats i ett nybyggt bostadsområde hade de sociala problemen blivit svårbemästrade. Det fanns i Luleå kommun en stark politisk vilja att söka förebygga att en sådan utveckling skulle upprepas i de många nya bostadsområden som planerades inför 80-talet.

Karolinska Institutets socialmedicinska forskningsenhet i Luleå hade just då startats av Gunnar och Maj-Britt Inghe. Kommunen vände sig då främst till forskningsenheten för hjälp med en analys som kunde ligga till grund för förebyggande insatser. Kort efter att arbetet hade kommit igång förbyttes emellertid den industriella expansionen i Luleå till sin motsats. Arbetslöshet, hög utflyttning och 100-tals tomma lägenheter kom att prägla staden. Till följd av de tvära kasten i utvecklingen i Luleå har forskningsenhetens projekt haft en karaktär av brandkårsutryckning. Det har kanske ibland skapat särskilda svårigheter vid den vetenskapliga uppläggningen av denna och andra studier men det har samtidigt varit en stor styrka att vara nära en verklighet som på ett så påträngande sätt drabbar människor och deras hälsa.

Arbetet påbörjades av Gunnar Inghe. Att under två år få arbeta nära tillsammans med honom i Luleå kom att i hög grad prägla min egen utveckling som forskare såväl politiskt som vetenskapligt.

Efter hans bortgång har Ragnar Berfenstam vid Socialmedicinska institutionen i Uppsala varit till stort stöd och hjälp vid anslutningen av arbetet med detta projekt. Stor inspiration har jag fått från Rosmari Eliasson och Pär Nygren vid Barnbyn Skå som under en tid arbetade i Luleå. Konstruktiv kritik som jag har haft mycket nytta av har lämnats av Erik Allander, Gösta Carlsson, Åke Daun, Robert Eriksson, Anders Lindeberg, Björn Smedby, Leif Svanström och Claes-Göran Westrin. Min vän och arbetskamrat Urban Janlert har alltid ställt upp med kloka synpunkter i de dagliga små dialogerna på forskningsenheten om små och stora problem i arbetet. Ett stort tack!

Arbetet har till större delen bekostats av Statens Råd för Byggnadsforskning och Delegationen för Social forskning. Men utan ett alltid generöst tillmötesgående från Norrbottens läns landsting och Luleå kommun till detta projekt och till forskningsenheten som helhet hade det varit omöjligt att genomföra arbetet.

Många har hjälpt mig i det mödosamma arbetet med att insamla data. Kodning av registerdata har utförts av Katarina Lind och Gunborg Wännström vid Socialmedicinska forskningsenheten. Intervjuer har utförts av Mona Liljeblad och Runa Ödlund. De många renskrifter av reviderade manuskript har med stort tålamod utförts av Louise Fredriksson och Evabritt Pettersson. Det slutliga tryckfärdiga manus har gjorts av Inga-Britt Åkerlund, Lena Bäckström och Inga Gustafsson vid Norrbottens läns landsting. Sist men inte minst ett stort tack till de många Hertsöbor som ställt upp på att låta sig intervjuas.

Luleå i oktober 1981

Finn Diderichsen

1 BAKGRUND FÖR UNDERSÖKNINGEN

Norrbotten är en del av Sverige som har drabbats våldsamt av urbaniseringen. Under 60-talet skedde en stor utflyttning ur länet och effekten av förändringarna i den sociala miljön var främst avfolkningens problem med arbetslöshet, utslagning, förgubbning, sviktande befolkningsunderlag för service etc.

Under hela 60-talet hade Luleå haft en jämn expansionstakt, med en relativt långsam utveckling av industri, administration och vårdsektor. Visserligen var inflyttning ifrån glesbygdskommunerna i Norrbottens inland omfattande men samtidigt var utflyttningen till södra Sverige stor. Resultatet blev ett årligt inflyttningsnetto på ca 500 personer. Samtidigt var födelseöverskottet ca 600 personer.

När bostadsområdet Hertsön planerades i slutet på 60-talet förväntade man att 60-talets lugna utveckling skulle fortsätta oförändrad under 70-talets första hälft. Man räknade således med ett årligt behov av 750 nya lägenheter under åren 1971--1974 och planerade att bygga alla dessa i Hertsön, totalt 2 500 lägenheter.

Vid början av 70-talet när högkonjunkturen var slut skedde emellertid viktiga förändringar i flyttningsmönstret i Sverige. Inflyttningsnettot till storstäderna vände till ett utflyttningsnetto och inflyttningen ifrån glesbygden i Norrland som tidigare hade gått främst till Stockholm gick nu främst till mindre och medelstora städer som exempelvis Luleå. Samtidigt ökade utflyttningen från Stockholm och större städer bl a till Luleå. Även om den regionala obalansen i riket således (tillfälligt) vände till Norrbottens fördel i början på 70-talet kvarstod dock en regional obalans inom länet.

I samband med en rad arbetsmarknadspolitiska insatser minskade avflyttningen från glesbygden och därmed inflyttningen till Luleå. Samtidigt gjordes ganska stora investeringar i Luleå vid bl a Norrbottens Järnverk (NJA) och Tekniska Högskolan vilket medförde starkt förbättrade sysselsättningsförhållanden i Luleå. Härvid minskade utflyttningen till övriga Sverige samtidigt som många unga fick arbete i Luleå och därmed råd att flytta hemifrån till egna lägenheter. Befolkningsutvecklingen i Luleå ökades således till ett nettotillskott på 1 500 personer per år, samtidigt som utflyttningen av barnfamiljer från äldre stadsdelar med många mindre lägenheter till det nya Hertsön blev oväntat stor. Man blev således tvingad att accelerera byggtempot på Hertsön. Servicesektorn i området kom därför att släpa efter något.

Bostadskön var dock fortfarande lång och i synnerhet var efterfrågan på småhus mycket stor. Under hela 60-talet hade man företrädesvis byggt flerfamiljshus, men man hade i samband med planeringen av Hertsön ändrat sin politik till att från och med då bygga 40 % enfamiljshus. Detta räckte emellertid inte, varför kommunen fick uppleva en viss utflyttning till grannkommunerna Boden och Piteå som hade mindre brist på enfamiljshus och tomtmark. Bidragande var att det bland de inflyttade till Luleå fanns ett relativt stort antal medel- och höginkomsttagare, medan det bland de utflyttade ifrån Luleå fanns ett större antal låginkomsttagare som kanske inte i samma grad kunde utnyttja de förbättrade sysselsättningsmöjligheterna. I samband med uppbyggnaden av Tekniska Högskolan påbörjades således redan 1973 ett nytt stort hyresområde med 2 000 lägenheter på Porsön.

När riksdagen 1974 beslöt om en stor utbyggnad av NJA med Stålverk 80 var man tvungen att helt ändra planeringsförutsättningarna - man förväntade en befolkningsökning på 5-10 000 per år. En rad nya bostadsområden planerades och påbörjades för att ta emot den förväntade inflyttningen. Med tanke på erfarenheterna ifrån de plötsliga industriella expansionerna i städer som Kiruna (Fritz 1969) och Oxelösund (Wiedling 1966) kunde man förvänta sig en anhopning av många olika sociala och medicinska problem i de nya bostadsområdena.

En markant segregation av dessa bostadsområden var att förutse till följd av den selektiva inflyttningen. Många unga ensamstående män väntades till Luleå i samband med anläggningsarbeten och man befarade bl a ökade alkoholproblem. Många unga barnfamiljer väntades, med ökad efterfråga på skolor och småbarnsservice, till följd. För många kunde man anta att själva omställningen i samband med flyttningen till den nya miljön i Luleå skulle skapa problem. Men även den snabba inflyttningen till stora nya bostadsområden antogs att kunna leda till osäkerhet, anonymitet och främlingskap, med ökad isolering och psykiska påfrestningar till följd.

Vår målsättning var när undersökningen planerades 1975 att studera hållbarheten i dessa olika förklaringsförsök i den senast färdigställda förorten - Hertsön - för att sedan kunna dra en del konklusioner av mera allmänt vetenskapligt intresse men främst av betydelse för den fysiska och sociala planeringen av de följande etapperna av utbyggnadsprogrammet.

Emellertid stod det under november 1976 klart att den industriella satsningen i Luleå skulle stoppas, varför bostadsbyggandet snabbt bromsades. Från och med 1977 har det sedan skett en avmattning av arbetsmarknaden i Luleå med utflyttning som följd. Stålindustrin står inför tilltagande strukturella problem. Tillsammans med ett fortsatt småhusbyggande har resultatet blivit att den tidigare så svåra bostadsbristen har försvunnit och flera hundra tomma lägenheter finns nu i kommunen. Omflyttningen mellan de olika stadsdelarna har i en period varit hög och det har funnits misstanke att detta tillsammans med småhusbyggandet medför en ökad social skiktning av befolkningen i stadens olika delar.

De lokala planeringsförutsättningarna ändrades således radikalt men de problem som den sociala bostadspolitiken stod inför blev inte mindre. Den ökade arbetslösheten och tendensen till en allt mera uttalad social boendesegregation skapar en rad problem av socialmedicinsk karaktär.

2.1 Psykisk ohälsa i staden och på landet

Trots många års omfattande forskning finns det fortfarande många obesvarade frågor när det gäller sambandet mellan urbaniseringsgrad och psykisk ohälsa. Dohrenwend & Dohrenwend (1974) har gjort en översikt över existerande utländska studier på området. Man har i de flesta undersökningarna funnit att antalet nya behandlade fall av mentalsjukdom har varit dubbelt så stor i städerna som på landsbygden. Huruvida detta helt eller delvis kan förklaras genom bättre tillgång till psykiatrisk vård i städerna, olika attityder till psykisk sjukdom och vård samt bättre möjligheter att ta hand om sjuka anhöriga hemma på landsbygden är inte avklarat i dessa studier. Men både när det gäller studier av behandlade fall och surveys av totalbefolkningen har det varit ett återkommande fynd, att psykoserna har övervägt något på landet medan neuroserna har övervägt i städerna, och att den totala psykiatriska sjukligheten har varit större i städerna.

Svenska och utländska intervjuundersökningar om det psykiska välbefinnandet har visat mycket små ortsvisa variationer. Levnadsnivåundersökningarna 1968 och 1974 har således endast kunnat påvisa en lätt förhöjd frekvens av allmän trötthet och nervösa besvär i Stockholmsregionen (Carlsson 1974, Eriksson 1976). Inte heller SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena 1975/76 visar något enkelt samband mellan urbaniseringsgrad och olika indikatorer på psykisk ohälsa. (SCB 1979).

H-region	Levnadsnivåunders 1968		Levnadsförhållanden 1975/76	
	allmän trötthet %	nervösa besvär %	långvarig psyk sjkd %	tar regelb nervlugn med %
Stockholm	27	20	2,9	2,0
Göteborg, Malmö	25	22	4,5	4,5
Större städer	21	19	3,6	3,0
Södra Mellanbygd	19	17	3,8	2,6
Norra Mellanbygd	19	16	4,0	3,2
Norra glesbygd	20	19	3,6	1,6

Intervjuuppgifter om andelen med långvarig psykisk sjukdom torde vara en kraftig underskattning av det verkliga antalet. Dessutom kan en bättre tillgång till psykiatrisk vård i främst Göteborg tänkas påverka siffrorna. Har man varit i kontakt med en psykiater för sina symtom är benägenheten antagligen större att ange att man har långvarig psykisk sjukdom vid intervjun.

När det gäller ohälsomått som inkluderar all sjuklighet (inte bara psykisk sjukdom) kan det kort nämnas att en statistisk jämförelse av åldersstandardiserade dödstal i Sveriges kommuner 1970--75 inte visar någon samvariation med urbaniseringsgrad men däremot med förvärvsintensitet. Samma studie visar dock ett starkt samband mellan kommunens urbaniseringsgrad och befolkningens sjukfrånvaro. (Arvidsson & Berglund 1981). På basis av material från SCB:s undersökning av levnadsförhållandena har

det visats att sjukfrånvaron är högre i storstäderna även när man tar hänsyn till uppgifter om arbetsmiljö och långvarig sjukdom (SCB 1979 a).

Hur mycket av dessa skillnader mellan ortstyperna som beror på en selektiv inflyttning av sjuka och missanpassade individer till storstäderna och på effekt av miljön där är svårt att avgöra.

Vissa beteendeavvikelser är mycket vanligare i större städer. Som exempel kan nämnas kriminalitet, prostitution, veneriska infektioner, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, suicid samt abort. Två svenska undersökningar (Kinberg, Inghe & Lindberg 1957, Helander 1974) har funnit en ökad förekomst av kriminalitet hos inflyttare till storstäderna. Risken för prostitution är större bland inflyttade än infödda stadsflickor. I Stockholm har det dessutom påvisats att personer som omhändertagits av nykterhetsnämnden varit särskilt talrika bland inflyttade (Inghe 1976).

2.2 Flyttning och psykisk hälsa

Vi ska i detta avsnitt främst beröra inrikes flyttningar speciellt från landsbygd till städer. Flera amerikanska undersökningar (Malzberg & Lee 1956, Lazarus, Locke & Thomas 1963, Lee 1963)har visat att frekvensen av förstagångsintagningar på mentalsjukhus var större bland inflyttare till städerna än bland icke flyttare. Invandrare från utlandet befann sig mellan de två i intagningsfrekvens. En undersökning i England (Cochrane 1977) har visat ett liknande resultat. I sistnämnda studie tolkades det faktum att inrikes flyttare intogs oftare är utrikes som uttryck för en urvalsprocess där de redan psykiskt belastade oftare flyttat inom riket, medan hindren för flyttning ifrån utlandet (främst u-länderna) var så stora att selektionen blev positiv. Hur mycket som beror på benägenheten att söka psykiatrisk vård, på tillgången till vård m m går inte att avgöra i dessa studier.

En populationsstudie i New York City (Srole et al 1962) som omfattade även icke behandlade fall kunde således inte påvisa någon skillnad mellan de som var födda i New York och de som hade flyttat in från andra delar av Amerika.

I Norge har flera liknande undersökningar genomförts. Ødegård (1945) och Astrup och Ødegård (1960) fann att flyttare ifrån alla delar av landet hade lägre intagningssiffror till psykiatriskt sjukhus än icke-flyttare, utom för Oslo där det motsatta var fallet för kvinnor. Siffrorna var standardiserade för ålder och civilstånd. Dessutom fann man att flyttare ifrån landsbygd till stad var friskare än flyttare ifrån en stad till en annan stad. Man var benägen att tillskriva alla dessa skillnader den positiva selektionen bland flyttare. Undantaget var de som flyttade till Oslo där kvinnorna hade en översjuklighet antagligen beroende på att denna grupp omfattade många hembiträden som hade en redan känd översjuklighet.

Liknande resultat har redovisats av Helgason (1964) ifrån Island där han i en cohort-studie visade att risken att insjukna i psykoser var mindre för de som flyttade ifrån landsbygd till stad, men högre för neuroser. Skillnaden var dock inte så uttalad för de som flyttade till Reykjavik.

Dalgard (1967) genomförde en fall-kontroll studie av förstagångsinlagda psykospatienter ifrån Oslo, matchad med kontrollfall av samma kön, ålder, yrke, civilstånd och bostadsområde. Man fann med denna något mera tillförlitliga metodik att inflyttare hade lägre psykosrisk än Osloborna, troligen beroende på selektion. Psykosrisken föreföll att vara större desto

oftare de hade flyttat (selektion) och större desto längre avstånd de hade flyttat (stresseffekt).

De refererade undersökningarna ger således starka belägg för att flyttning är selektiv med avseende på mental sjukdom. En avgörande svaghet är emellertid, som redan antytts att de mått som har använts på incidens av mental sjukdom som oftast varit förstagångsintagningar på mentalsjukhus. Sådana konsumtionsmått är som bekant påverkade av en rad sociala och individuella faktorer utöver sjuklighet. En av dessa faktorer är just invandrarstatus som för vissa grupper medför underkonsumtion (Morgan & Andrushko 1977).

I Sverige har Korpi (1972 a) gjort sekundärbearbetningar på Låginkomstutredningens material. Som redan nämnts har storstadsbefolkningen enligt låginkomstutredningen något oftare nedsatt psykiskt välbefinnande; storstadsbor som växt upp på landsbygden är dock friskare än övriga storstadsbor. Bland kvinnorna finner man emellertid att de som flyttat till storstaden ifrån landsbygden har sämre psykiskt välbefinnande än de som bor kvar på landsbygden, men högre än de som växte upp i storstäderna och bor kvar där. Resultaten är standardiserade för ålder och socialgrupp men effekten av selektion enligt övriga demografiska och sociala variabler har inte kunnat isoleras. Flyttning anges i denna studie som kombination av födelseort och nuvarande bostadsort vilket är ett något indirekt mått på flyttning som kan påverkas av återflyttning. Återflyttning är troligen av större omfattning bland de som har anpassningssvårigheter på inflyttningsorten. Astrup & Ødegård visade dock att återflyttning var ovanlig bland mentalpatienter. Korpi (1972 b) använde sig även av uppgifter om sjukdagar och det visade sig här att män inflyttade till storstäder ifrån landsbygd hade högre andel som varit sjukskrivna än övriga män i storstäder, medan det motsatta var fallet för kvinnor. De kvinnor som flyttade till storstäder hade högre andel sjukskrivna än de som bodde kvar på landsbygden, men det hade i denna analys inte tagits hänsyn till olikheter i förvärvsintensitet, vilket antagligen kan förklara vissa skillnader i och med att hemmafruar är mindre benägna att sjukskriva sig vid sjukdom.

Mycket talar för att flyttningens betydelse för hälsan till stor del beror på skillnader i bostads- och inte minst arbetsmiljö mellan utflyttnings- och inflyttningsort. Amerikanska medelklassfamiljer som oftast flyttar mellan miljöer som är ganska lika tycks inte drabbas av några negativa effekter vad gäller hälsotillståndet. Samma gäller amerikanska lantarbetare som flyttar mellan många olika arbetsplatser som emellertid alla är lika dåliga vad gäller främst sanitära förhållanden. Denna grupp har en oförändrad mycket dålig hälsa efter flyttning (Hull 1979). Av de nämnda studier där man funnit data som talar för försämrad hälsa efter flyttning har det oftast rört sig om en flyttning från landsbygd till stad - d v s en urbaniseringsprocess. Det är således mycket som talar för att miljön på inflyttningsorten spelar större roll än flyttningen i sig.

Cassel & Tyroler har studerat effekter av en urbaniseringsprocess som inte var förbunden med fysisk flyttning. De fann att befolkningen i en landsbygd som undergick en snabb expansion hade en högre ökning i dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom under en 10 års period än en grupp som hade levt under samma urbaniserade omständigheter under hela perioden. (Cassel & Tyroler 1964). Samma författare visade i en studie att fabriksarbetare inflyttade ifrån landsbygden hade fler symtom och högre sjukdomsfrekvens och sjukfrånvaro för olika sjukdomar jämfört med personer som var andra generationens fabriksarbetare uppväxta på orten (Tyroler & Cassel 1961). Andra studier har funnit att flyttning till mera urbaniserade områden är förbunden med ökad psykosomatisk sjuklighet vad gäller högt blodtryck och astma (Prior 1977).

Det finns alltså resultat som talar för att flyttning är selektiv med avseende på ohälsa och samtidigt finns det resultat som tyder på att själva den förändring som flyttningen innebär påverkar hälsan negativt. Emellertid är den omfattande forskningen om sambandet mellen flyttning och ohälsa ganska fragmentarisk och resultaten visar ofta motstridiga resultat. Problemet är uppenbarligen inte bara att det finns svårigheter med att mäta psykisk ohälsa men i ännu större grad att flyttning är ett fenomen som betyder helt olika saker för människor med olika ställning på arbetsmarknaden och som flyttar av olika orsaker. Det är uppenbarligen också skillnad på olika geografiska typer av flyttning - från land till stad eller tvärtom, mellan olika städer, inom städerna etc. Olika flyttningsvägar har olika orsaker och olika konsekvenser för olika grupper.

Man måste därför i studier av flyttning ta hänsyn till flera olika aspekter samtidigt.

1. Den grad av förändring som flyttningen medför för individen. Vid en lokal flyttning inom en kommun exempelvis sker det ofta endast ett byte av bostad och närmiljö, medan flyttning över längre avstånd innebär byte av jobb. Flyttning från landsbygd till stad har för många betytt en övergång från självständig jordbrukare eller småföretagare till löntagare.

2. Destinationsortens miljö (och inte bara skillnaden i förhållandet till utflyttningsorten) är också av betydelse för tolkning av den nyinflyttades hälsotillstånd. Om man får arbete, och vilket arbete man får efter flyttning torde spela en stor roll, liksom den boendemiljö man har möjlighet att få. Hur en given förändring påverkar individen och vilka omständigheter han kommer att leva under efter flyttning beror på individens klasstillhörighet, kön, ålder m m.

3. Att en viss sjukdom är vanligare bland inflyttade kan även bero på selektionsmekanism där människor med sämre hälsa oftare flyttar.

4. Hur denna selektion vad gäller hälsa, klass, kön, ålder etc ser ut beror på de orsaker som utlöst flyttningen. Människor som tvingas flytta till följd av t ex arbetslösheten på hemorten omfattar kanske flera arbetare och sjuka än en grupp som flyttar mera frivilligt för att tillgodogöra sig det nya ställets bättre utbud av utbildning, karriär, kultur etc.

Det rör sig om ett ganska komplicerat samspel av faktorer där en given förändring till följd av flyttning kan ha helt olika betydelse för individen beroende på orsaken till flyttningen, resultat av flyttning på levnadsomständigheter och en lång rad individuella egenskaper där social klass, kön, ålder och tidigare hälsotillstånd torde vara av stor betydelse.

I de studier som refererats har vi alltså funnit stöd för att såväl förändringen i samband med flyttning och selektionen är av betydelse för sambandet mellan flyttning och psykisk ohälsa. Men dessa samband tycks vara olika beroende på individens kön, civilstånd och klasstillhörighet.

Flera forskare har understrukit att sysselsättningen efter flyttning är en avgörande faktor för hur man anpassar sig. Brist på arbete skapar svårigheter att bli socialt förankrad och ger osäker ekonomi. För många kvinnor sker flyttningen ofta på mannens villkor och om han är den som får jobb efter flyttning får han lättare sociala kontakter medan hennes roll som isolerad hemmafru förstärks. Men vilket arbete man får är också av betydelse. Får man ett jäktigt, enformigt arbete som ger dålig tillfredsställelse är det mycket som talar för att förutsättningarna för en aktiv fritid blir sämre. Därtill kommer att de dåliga jobben ofta ger sämre lön

och därmed sämre möjlighet att utnyttja fritiden. I undersökningen "Geografisk rörlighet - sociala och ekonomiska konsekvenser" har det bland en grupp människor som under åren 1969/70 flyttade från kommuner i Norrlands inland med statligt flyttningsbidrag visats hur trivseln är beroende av sysselsättningssituationen och arbetets art och att detta i sin tur är starkt beroende av klasstillhörighet. Arbetare och i synnerhet de som varit arbetslösa innan flyttning blir oftare arbetslösa efter flyttning och får oftare de fysiskt ansträngande och enformiga arbetena (Dahlberg & Åberg 1978). De blir oftare socialt isolerade. Eftersom flyttning bl a är ett resultat av strukturella och konjunkturella förhållanden på arbetsmarknaden är det naturligt att tänka sig att under lågkonjunktur och då konkurrensen om jobben är stor är det främst de välutbildade och friska som lyckas få jobb. Men allt eftersom konjunkturen förbättras avtappas den potentiella flyttargruppen och turen kommer så småningom till grupper som är mindre attraktiva på arbetsmarknaden - de som har sämre utbildning, sämre hälsa etc. (Åberg 1978).

Hypotesen leder också till att man i perioder av högkonjunktur får relativt många inflyttare med sociala och medicinska problem i nya bostadsområden på expanderande orter.

Vi ska nu efter denna korta redovisning av psykisk ohälsa i olika ortstyper och bland flyttarna närmare studera fördelningen av psykisk ohälsa inom städerna i olika typer av stadsmiljöer.

2.3 Psykisk ohälsa i slummen

Att många av de här beskrivna psykiska sjukdomarna och beteendeavvikelserna tycks anhopa sig i storstädernas centrala gamla förslummade stadsdelar är en väl känd och ofta studerad företeelse. Befolkningen i slummen karakteriseras av en hög andel äldre och ensamstående. Trots detta är trångboddheten ofta betydande. Flera kartläggningar av våra städer har visat att det i slummen ofta finns en anhopning av sjuka och av människor som varit föremål för ingripande från nykterhetsnämnd och barnavårdsnämnd. Kriminaliteten är ofta betydande liksom arbetslöshet och fattigdom.

Man brukar förklara detta fenomen med en hänvisning till de ekonomiska mekanismer på bostadsmarknaden som medför att sjuka och avvikande människor anhopas i billiga och dåliga bostäder p g a deras sämre betalningsförmåga. Många har emellertid velat förklara t ex anhopning av schizofrena inte som uttryck för social urvalsprocess utan som uttryck för slummens effekter på människors psykiska hälsa.

Slummen sägs vara präglad av social desorganisering med vilket man menar att förutsättningar för att individen ska kunna förutsäga beteende hos andra individer försvåras eller saknas. En sådan situation antas uppstå i områden präglade av fattigdom, kriminalitet, arbetslöshet, prostitution, lösa familjestrukturer och många ensamstående inneboende, med en befolkning som är kulturellt och etnisk heterogen.

Den forskningstradition som har sysslat med orsakerna till bostadssegregation ur såväl socioekonomiska som socialmedicinska aspekter har sin utgångspunkt i 30-talets Chicago. Enligt den s k Chicagoskolan förklarar man uppkomsten av segregation med att vissa bostadsområden eller geografiska lägen av alla människor upplevs finare än andra. Det är då självklart att alla individer i sin statussträvan söker att bosätta sig i de

bästa områdena. De som lyckas med detta är de som har de bästa ekonomiska förutsättningarna, medan övriga får nöja sig med de mindre attraktiva områdena och de sämst lottade tvingas bo kvar i slummen. Segregationen förklaras således med teorier om individers rationella val, allas "kamp för att överleva", statussträvan, konkurrens och ekonomiska marknadslagar. (Park 1931).

Chicago var också studieobjekt för Faris & Dunhams socialmedicinska pionjärarbete "Mental Disorders in Urban Areas" (1939). Chicago var då präglat av hastig expansion och vågor av invandring av folk med mycket olika etnisk och social bakgrund. Faris hade några år tidigare framlagt en teori om den sociala isoleringens betydelse för utveckling av schizofreni. (Faris 1934). Teorin var starkt inspirerad av den samtida Chicagofilosofen George H Mead (Mead 1934). Denna teori går i korta drag ut på att identitetsutvecklingen beror på ett ständigt växelspel med andra personer. Processen bygger dels på att barnet tolkar andras handlingar och värderingar och därigenom skapar sig förebilder och dels på att barnet skapar sin egen identitet genom att tolka andras reaktioner på sina egna handlingar. Om nu detts samspel försvåras eller barnet ställs inför oförenliga värderingar och förebilder kan det få djupgående konsekvenser för barnets psykiska utveckling. Faris och Dunham fann nu att det var en anhopning av patienter med schizofreni och missbruk i slumstadsdelarna i stadens centrala delar, präglade av social desorganisering medan fördelningen av en annan typ av psykos (manodepressiv psykos) inte visade samma mönster utan var mera jämnt spridd över staden. Detta tolkade de som ett stöd för Faris teori.

Det har dock sedan i flera sammanhang påpekats att man inte kan dra en sådan slutsats. Robinson påpekade 1950 att man gör sig skyldig till den s k "ecological fallacy" genom att från samband på stadsdelsnivå dra slutsatser om samband på individ nivå. För att det i en stadsdel t ex finns många arbetslösa och samtidigt många mentalpatienter kan man inte utan vidare dra slutsatser om att det är de arbetslösa som blir sjuka. Därtill kommer svårigheten att dra slutsatser från frekvens av intagningar på mentalsjukhus till frekvens av psykisk sjukdom. Andelen mentalt sjuka som vårdas på mentalsjukhus jämfört med den andel som får annan typ av vård eller ingen vård alls varierar starkt med tillgång till vård, klasstillhörighet, etnisk bakgrund m m (Kasl & Harburg 1975). Därtill kommer den alternativa tolkningsmöjligheten att människor med psykisk sjukdom tvingas flytta till slummen, eller att de sjuka blir kvar när husen förslummas och människor med bättre möjligheter flyttar därifrån.

Sistnämnda förklaringsförsök har fått en del empiriskt stöd (Dunham 1965, Hare 1956 och Levy & Rowitz 1973) men har inte stått emotsagt (Lapouse, Monk & Terris 1956, Hollingshead & Redlich 1958, Clausen & Kohn 1959).

2.4 Den selektiva omflyttningen i städerna

Den selektiva omflyttning inom städerna skulle enligt det humanekologiska synsätt som vi skisserade ovan kunna förklaras så att alla människor strävar till de "fina" bostadsområdena, men att de som insjuknar till följd därav handikappas ekonomiskt och inte kan klara sig i konkurrensen varför de tvingas flytta till - respektive stanna kvar i slumområdena med låga hyror.

Emellertid har många reagerat kritiskt mot detta sätt att betona människans ekonomiska, rationella beteende, -"economic man". (Se ex Firey

1971, Bell 1968). Olika grupper i samhället har olika värderingar och önskemål beträffande bostad och olika bostadsområden har därför olika attraktionskraft på olika klasser, på friska och sjuka etc. I exemplet med slumområden i storstäderna skulle man alltså kunna förklara fördelningen av psykopatologi med att människor med psykiska symtom söker sig till områden med mindre social kontroll (Gerard & Houston 1953), och att detta i sin tur medför en ansamling av psykoser i vissa stadsdelar. I studier av den socioekonomiska segregationen har det visat sig att utbildningskomponenten i människors sociala status är nog så viktig som den ekonomiska (Duncan & Duncan 1957) och att flyttning ifrån städernas centrala delar till förorter inte enbart kan ses som ett försök att öka sin status utan även som ett försök att fly ifrån områden där ett ökande antal av ens grannar är olik en själv vad gäller bl a social bakgrund och beteende (Bell 1968). Mycket tyder således på att också segregationsmönstret vi ser idag i skandinaviska städer beror på att de priviligierade flyttar till nya områden och de sämre lottade tvingas stanna kvar (Lindberg 1967, Örjar Öyen 1964, Stockholms Socialförvaltning 1977).

I Lindbergs studier av Malmö (Lindberg 1971) har man funnit stöd för att två olika mekanismer har betydelse för utvecklingen av segregationen:

Marknadsprincipen som säger att om hyrorna är lika i olika delar av en stad och om hushållen har olika betalningsförmåga kommer detta att leda till segregation.

Sociala valprincipen som säger att om olika befolkningsgrupper har olika preferenser vad gäller livsstil och social miljö och om man söker sig till områden där människorna är lika en själv i klassmässigt och kulturellt avseende leder detta till segregation.

Flera forskare har lämnat översikter över vilka faktorer i samspelet mellan hushållet och bostaden som är bestämmande för flyttning (se ex Rossi 1955, Sabagh et al 1969, Michelson 1977).

Jag ska inte gå närmare in på detta här utan bara nämna vissa generella drag i flyttningsmönstret som har kommit fram i denna forskning.

- Ett stort antal flyttningar betingas av förändringar i hushållets sammansättning, giftermål, barns födelse, skilsmässa etc. Detta överensstämmer med flyttningsmönstrets fördelning på olika åldrar där åldersgruppen 20-30 år (inkl deras barn 0-5 år) är mest flyttningsbenägen och även en liten topp vid männens pensionsålder kring 65 år (SCB IPF 1974:9).

- Inkomsten visar ett oklart samband med flyttning. Vissa undersökningar visar som nämnts högre flyttningsbenägenhet bland högre inkomstskikt, andra har visat att även låginkomsttagare har en ökad flyttningsfrekvens. (Pickvance 1974, Bach & Smith 1977). Statistiska Centralbyråns bearbetningar av flyttningsbanden visar en bimodal fördelning enligt inkomst således att såväl hög- som låginkomsttagare flyttar oftare över kommungränser än medelinkomsttagare (SCB IPF 1976:7).

- Personer som bor i flerfamiljshus är mycket mera flyttningsbenägna är boende i enfamiljshus. SCB:s undersökning av levnadsförhållanden 1974 visar att 1,5 % av befolkningen vill flytta till flerfamiljshus och denna grupp domineras av unga som bor hemma hos föräldrar i småhus och äldre personer utan hemmavarande barn. Detta skall jämföras med att 12,5 % av befolkningen (=25 % av de som bor i flerfamiljshus) vill flytta till småhus. Denna grupp domineras av småbarnsföräldrar (SCB 1976).

- Flyttning sker oftast över ganska korta sträckor. Flyttning inom en kommun är således vanligare än över kommungränserna. Flyttning inom bostadsområden är i många fall lika vanlig som flyttning till andra områden i staden. (Bond m fl 1974).

- Det har även visat sig att personer som bott länge på samma ställe har mindre flyttningsbenägenhet än personer som har bott kort tid. Vissa flyttar ofta, andra sällan. (Goldstein 1964).

- En undersökning av omflyttningen mellan kommuner i Stockholms län har visat att kommuner med en hög andel socialhjälpstagare har en hög utflyttning till andra kommuner i regionen. Detta kan inte enbart bero på att socialhjälpstagarna flyttar i högre utsträckning utan andelen socialhjälpstagare måste tas som indikator på andra sociala förhållanden i kommun och boendemiljön som orsak till hög utflyttning (Walldén 1975).

Den här typen av studier rörande den selektiva omflyttningen "förklarar" naturligtvis inte varför vi har en segregation i städerna utan de rör sig endast på ytan av fenomenen. Swedner har således pekat på att man i ett historiskt perspektiv kan urskilja tre segregationsprocesser som kommit igång successivt i svenska städer (Swedner 1981):

1: Innan industrialiseringen bodde hantverkare och tjänstefolk nära de som de skulle betjäna. Men i samband med industrialismens genombrott i slutet på 1800-talet började man bygga arbetarbostäder kring fabrikerna. Nya transportmedel gjorde att det inte var nödvändigt att ha arbetsplatsen på gångavstånd i synnerhet inte för tjänstemän och företagare. Till följd av denna utveckling är dagens svenska städer hårt segregerade med en klar uppspaltning i olika zoner med olika typer av arbetsplatser och bostäder för olika klasser och samhällsskikt.

2: Detta var grunden för uppdelning av bostadsbeståndet i olika upplåtelseformer med hyresrätt och äganderätt. Olika upplåtelseformer ledde bl a till att bostäder underhölls olika bra och att en del hyreshus slets ned och förslummades. Det ledde också till att människor med olika typer av beteendeavvikelser och psykiska problem och dålig hälsa överhuvudtaget effektivt utestängdes från överklassens villaområden. Det gällde även placering av olika typer av institutioner. Denna utveckling startade på 30-talet.

3: Så småningom fick arbetare och lägre tjänstemän ekonomiska möjligheter att söka sig utanför de nedslitna hyreshusen och städernas centrala delar till olika områden av växlande kvalité och status utanför stadskärnan. En fingradig hierarki av bostadsområden har således utvecklats under efterkrigstiden och en stor del av befolkningen är inbegripen i en långsiktig flyttningsprocess för att på så sätt långsamt komma till ett så tilltalande bostadsområde som möjligt.

Oftast diskuterar man segregation efter social rangordnande variabler klass, etniskt ursprung, inkomst etc. Detta är samtidigt variabler som säger någonting om individens resurser. Andra sådana resursområden är social förankring, sysselsättning, ålder och hälsa.

I ett bostadsområde som är segregerat efter dessa resursvariabler kan man tänka sig följade fyra situationer:

	Majoritet resursstarka	Minoritet resursstarka
Resursstarka	I	II
Resurssvaga	III	IV

Olika mekanismer kan göra sig gällande.

För den resursstarka majoriteten (I) torde homogeniteten ge förutsättningar för goda grannkontakter och god trivsel (Gans 1961, Arnell-Gustafsson 1975). Sådana områden är ofta attraktiva och personer med god ekonomi - och god hälsa - har bättre möjligheter att flytta dit än övriga. Ett gott psykiskt välbefinnande för den resursstarka majoriteten (IV) kan alltså både vara en miljöeffekt och en selektionseffekt. För den resurssvaga majoriteten kan naturligtvis homogeniteten och likheten vara en positiv och sammanhållande kraft. Men i dagens samhälle torde risken vara stor för att resurssvaga som bor i områden med många svaga lätt hamnar i en ond cirkel bestående av social isolering, sociala och psykiska problem samt hög omflyttning. I förorter med stora vårdbehov tenderar vårdapparaten dessutom ofta att vara underbemannad vilket kan tendera att ytterligare förstärka vårdbehoven.

Bland den resursstarka minoriteten (II) har det i flera undersökningar visats att flyttningsbenägenheten är stor (Lindberg 1967, Öyen 1964). Ofta är den sociala kontakten med de övriga i området också sämre. För den resurssvaga minoriteten (III) är situationen ofta en annan. Särskilt när det gäller segregation efter statusrangordnande variabler tenderar minoriteten här att assimilera majoritetens beteende. Detta gäller även grannkontakter som annars kanske kan vara svåra i minoritetssistuationen. Selektiv inflyttning kan också här betinga att det blir en lägre frekvens av sociala och psykiska problem än i majoritetssituationen (IV).

2.5 De nya städerna

När koleraepidemierna raserade Europas storstäder i mitten av 1800-talet växte en reformrörelse fram som drev igenom en mängd mycket verkningsfulla sanitära förbättringar. Den första hälsovårdsstadgan kom 1848 i England. I England där industrialiseringen då var långt framskriden (och i Sverige knappt hade börjat) var städerna redan mycket stora. En förstadsrörelse växte fram som en reaktion mot storstaden. Ebenezer Howard gav i sin bok Garden Cities of Tomorrow (1902) en detaljerad plan för hur man skulle kunna bygga satelitstäder som skulle vara ekonomiskt självständiga med arbetsplatser, bostäder, service och framförallt erbjuda närhet till naturen. Staden skulle konstrueras som en rad mindre grannskap runt gemensamma grönområden. Idéen förverkligades så småningom i Letchworth och Welwyn Garden City, men någon riktig genomslagskraft fick inte detta tänkande förrän efter andra världskriget.

London hade redan innan kriget börjat anta en allt mer krisartad storlek som ställde hinder i vägen för en fortsatt industriell tillväxt. Krigets

förstörelse och Labours valseger omedelbart efter kriget var andra förutsättningar för den så kallade "New Towns Act" som parlamentet beslöt om 1946. Man skulle bygga sju nya städer runt London som i motsats till vanliga "sovstäder" skulle vara ekonomiskt och socialt autonoma enheter. En mängd mindre arbetsplatser skulle flyttas ut från centrum och människorna skulle flytta med.

Därmed sökte man minska de långa arbetsresorna och öka möjligheterna för ett rikt socialt liv i området. Man byggde den första New Town, Harlow i form av ett tiotal grannskapsenheter på 3-6 000 människor. I varje enhet fanns ett 30-tal föreningar verksamma, skola, vårdcentral, arbetsplatser och en del små affärer. Två engelska läkare Taylor och Chave ställde sig nu frågan: Hur har det påverkat människors psykiska hälsa att flytta från Londons innerstad till dessa nya områden. Har den sociala planering som åsyftades i Harlow New Town haft någon betydelse jämfört med vanliga förorters, där sociala hänsyn sällan tagits i planeringen, och där livet ofta präglats av långa arbetsresor, höga hyror, uppluckrade sociala nätverk - men i gengäld jämförelsevis lite trångboddhet.

Chave hade medverkat i en kartläggning av den psykiska ohälsan i en sådan mera traditionell förort Oxhey, av sovstadskaraktär. (Martin, Brotherstone & Chave 1957). Med tanke på att andelen äldre, ogifta och lågutbildade var relativt liten i Oxhey förväntade man sig låga frekvenser av psykiska problem.

A andra sidan hade sociologiska rapporter samma år (Young and Willmott 1957) gett vid handen att påfrestningar i form av bristande kontaktnät med släkt och grannar, ökad avskärmning av den lilla kärnfamiljen mot omvärlden, långa arbetsresor, höga hyror, brist på sociala aktiviteter för vuxna och barn var vanligt i de nya områdena.

Man fann att intagningsfrekvensen på mentalsjukhus särskilt av kortvariga depressioner hos kvinnor var vanligare i Oxhey än för landet i övrigt.

Också vad gällde besök hos allmänläkare var frekvensen av psykiska och psykosomatiska besvär högre i förhållande till landet i övrigt. En intervjuundersökning visade på högre frekvens av psykiska symtom bland de senast inflyttade.

Chave gjorde sedan tillsammans med Taylor en kartläggning med intervjuer av ett urval av befolkningen i Harlow New Town, (Taylor & Chave 1964), och även en mindre kontrollgrupp från en äldre Londonstadsdel nära Harlow. Man hade som hypotes att den satsning som gjorts på fysisk och social planering skulle ge utslag i bättre psykiskt välbefinnande än vad man funnit i Oxhey. Taylor hade 25 år tidigare myntat begreppet "suburban neurosis" och i en artikel beskrivit en typisk sjukdomsbild hos hemmafrun i en Londonförort: Familjen har nyligen flyttat in i ett nytt område, mannen är lägre tjänsteman som precis har råd att betala den höga hyran, hon sitter hemma de långa dagarna, långt ifrån sin släkt, inga kontakter med grannarna, oroar sig för nästa amortering, undrar om de har råd med ännu ett barn som skulle hjälpa henne att få tiden att gå (Taylor 1938).

Resultatet av jämförelsen mellen de tre områdena var kanske överraskande. Någon suburban neurosis återfanns inte. Frekvensen av nervösa besvär var ca 20 % och för sömnbesvär 10 % i såväl Oxhey som Harlow. Det var siffror som låg 80 % över vad man funnit vid en riksomfattande undersökning i England 1950. Kanske hade man här jämfört två områden som båda hade ovanligt hög psykisk sjuklighet.

I Harlow fann man ingen korrelation mellan dessa symtom och vare sig tiden man hade bott i området eller kontakter med familjen, vänner och grannar. Men subjektivt upplevde de med psykiska symtom sig mera ensamma. I Harlow fanns 300 klubbar och föreningar för de 50 000 invånarna. 40 % av invånarna deltog i aktiviterna. Harlow hade en i jämförelse mycket hög läkartäthet - en allmänläkare per 1 000 invånare. Man fann i de nya områdena en ökad tendens att söka läkare för mindre psykiska och psykosomatiska besvär i förhållande till i det äldre området. Huruvida detta berodde på den höga läkartätheten eller andra faktorer framgår inte. Anmärkningsvärt nog var intagningsfrekvensen till sjukhus för psykoser avsevärt mindre ifrån New Town än från Oxhey. Dessa skillnader försvann inte när man konstanthöll effekten av inkomst och ålder.

En jämförbar undersökning publicerades 1965 av Hare & Shaw som gjorde populationsstudier i en gammal och en ny stadsdel i Croydon. Den nya stadsdelen hade fysiskt avsevärt högre standard medan det i motsats till Harlow New Town klagades mycket över bristen på sociala aktiviteter. När effekten av demografiska variabler som ålder, civilstånd och socialgrupp hade borträknats fanns inga skillnader i hälsa. Antalet besök för luftvägsbesvär var något högre i den äldre stadsdelen men inga skillnader fanns beträffande psykisk hälsa. I de två sistnämnda undersökningarna diskuterades möjligheten av selektiv in- och utflyttning till områdena. Den relativa betydelsen av detta kunde inte fastställas, men förmodades vara liten.

Sainsbury som arbetade som psykiatriker i en annan New Town (Crawley) gjorde en mindre studie på ett hundratal patienter vid sin mottagning under 1959. (Sainsbury & Collins 1966). Det visade sig här att det bland patienterna var en överrepresentation av nyinflyttade jämfört med en kontrollgrupp av "friska". Denna skillnad fanns dock enbart bland kvinnorna. Speciellt bland de kvinnliga patienterna var det många som var missnöjda med bostadsområdet, kände sig isolerade, sysslolösa, längtade tillbaka till det gamla bostadsområdet och släkt och vänner där. Fynd av detta slag kan möjligen tas till intäkt för att flyttning till och miljön i nya bostadsområden ger psykiska problem åtminstone bland kvinnor. Samtidigt är det osäkert om sambandet mellan attityd till bostadsområdet och det psykiska välbefinnandet kan tas som uttryck för en effekt av boendet. En möjlighet är ju att man oavsett orsaken till nervösa besvär tenderar att skylla på den närmaste omgivningen, grannar etc.

En selektiv inflyttning och utflyttning av redan vulnerabla personer till dessa nya samhällen kan spela in. Detta gäller kanske i första hand Oxhey som var ett nytt bostadsområde utan industrier och där selektiva faktorer kunde påverka inflyttningen i högre grad än i Crawley och Harlow där många flyttade ut i samband med att deras arbetsplats gjorde det.

En annan läkare i Crawley New Town rapporterade höga frekvenser av nervösa besvär bland yngre kvinnor vilket dock inte visade sig vara högre än frekvensen bland samma grupp i Crawley Old Town (Clout 1962).

Bain och Philip (1975) som arbetade som allmänläkare i en New Town i Scottland konstaterade i sitt material att frekvensen av psykiska och psykosomatiska klagomål tenderade att minska efter något år i det nya bostadsområdet.

Hooper, Ineichen et al (1972 & 1974) studerade hälsotillståndet hos nyinflyttade barnfamiljer i sju olika nya bostadsområden i Bristol. Höga frekvenser av nervösa besvär noterades, bland kvinnorna hade 43 % nedsatt psykiskt välbefinnande medan ytterligare 18 % hade sökt vård för psykiska

besvär. Bland männen hade endast 10 % sökt vård. Något samband mellan psykiskt välbefinnande och antal flyttningar eller positiv/negativ attityd till flyttning kunde inte påvisas. Däremot fanns det bland kvinnorna något oftare besvär bland de som hade flyttat in för mindre än sex månader sedan. I synnerhet gällde detta för de kvinnor som tyckte att det hade tagit mer är sex månader att komma i ordning i nya bostaden. Tydliga samband visade också klagomål över ekonomiska problem i samband med flyttningen och låga inkomster överhuvudtaget. Men även när hänsyn togs till mobilitet och ekonomi kvarstod rätt stora oförklarade variationer mellan olika nya bostadsområden.

Ineichen (1975) studerade sedan speciellt en grupp yngre gifta neurotiska kvinnor i ett av bostadområdena - en medelklass villaförort. De neurotiska kvinnorna karakteriserades av att de oftare var gifta med arbetare, trots samma sociala ursprung som kontrollgruppen. De uttryckte starkt missnöje med olika aspekter av livet och speciellt bostadsområdet. Det senare hänger kanske ihop med arbetarfamiljernas sämre möjligheter att flytta ifrån området. Nervösa besvär korrelerade starkare till yrket än till inkomsten, men mycket starkt till upplevelse av ekonomiska bekymmer.

Hooper och Ineichen (1978, 1979) har nyligen gjort förnyade intervjuer i samma områden i Bristol och då visat att mellan första och andra intervjuomgången som skedde 18 respektive 36 månader efter inflyttning minskade frekvensen av psykiska besvär betydligt, särskilt bland kvinnorna. I synnerhet var detta tydligt i hyreshus jämfört med egna hem. Detta kan ju stämma med det vi tidigare påpekat att arbetare påverkas tydligare av flyttning och att man därför också ser en tydligare anpassningseffekt någon tid efter att flyttningen har skett. I de fall där mannen i familjen hade psykiska besvär just efter flyttning tycktes benägenheten att flytta vidare till ett annat område vara större medan de familjer där kvinnan visade belastningssymtom stannade och anpassade sig!

I Amerika genomförde man i Baltimore ett projekt för att studera effekterna av ett saneringsprojekt i staden. (Willner et al 1960, 1962). Två stora populationer ifrån olika neger-dominerade stadsdelar utvaldes, således att de var demografiskt och medicinskt jämförbara. Den ena gruppen blev sedan flyttad till en ny höghusstadsdel utanför staden. Efter 18 månader gjorde man nya intervjuer på de två grupperna. De utflyttade upplevde då att de hade fått avsevärda förbättringar i sina boendeförhållanden, bättre kontakt med grannar medan olika mått på psykologisk status var oförändrat. Den enda ändringen i somatisk sjuklighet var en minskning i luftvägsbesvär, särskilt hos barnen. Eftersom det här rörde sig om en hel stadsdel som flyttades tillsammans och på en gång är det svårt att jämföra med andra förortssamhällen där flyttningen har undersökts olika selekterande krafter.

Fried (1963) studerade effekterna av en påtvingad utflyttning av människorna från en förslummad arbetsstadsdel i Boston. 26 % angav efter två år att de blivit deprimerade som följd av flyttningen. Speciellt beklagade man förlusten av den identitetskänsla som förankringen i kvarteret hade givit. Också gruppidentiteten i de täta sociala nätverken hade gått förlorad.

(Gordon & Gordon 1958, 1958, 1959, 1960) har analyserat problemen i en hastigt expanderande högmobil förort i New Jersey. Psykiatriska öppenvårdspatienter från detta samhälle med hög geografisk och social rörlighet blev jämförda med patienter från ett något mera stabilt men dock expanderande mindre industrisamhälle samt ett stabilt landsbygdsdistrikt. De fann att andelen människor som sökte för nervösa och psykosomatiska besvär var högre desto högre rörligheten var i samhället. Det gällde främst

unga mammor och deras barn. Speciellt pojkarna var drabbade av flera psykiska besvär och högre grad av småkriminalitet desto kortare tid de hade bott i området. Antalet intagningar på mentalsjukhus skilde sig endast för gifta kvinnor som hade högre frekvens i den rörliga förorten. Frekvensen av såväl skilsmässa som självmord var högre här.

Motsvarande studier från Sverige av psykiska effekter av 60-talets stora bostadsbyggnadsprogram saknas i stort sett. Här har istället beteendeavvikelser av olika slag ställts i förgrunden. Från det ena nyuppförda bostadsområdet efter det andra rapporterades om vantrivsel, oro, ökade ungdomsproblem samt flitigt ingripande av barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd och polis. Som exempel kan nämnas Rosengård i Malmö (Flemström & Ronnby 1972) samt Skärholmen i Stockholm (Gordon & Molin 1972). Stadsdelen Krocksbäck som ligger nära Rosengård har beskrivits av Dahlin (1975) med avseende på hälsotillstånd och vårdkonsumtion. Krocksbäck är en stadsdel med många unga barnfamiljer och en stor andel inflyttade från övriga Sverige och utlandet. Han fann här i jämförelse med två äldre områden i Malmö att andelen personer med psykiska besvär i Krocksbäck låg lite högre, trots att befolkningen här var mycket yngre, vilket borde betyda en minskad andel psykiska besvär. Ålderssammansättningen betingade dock att vissa specifika psykiska besvär var högre i de äldre områdena (ex sömnbesvär och nedstämdhet).

Culiberg & Stefansson (1981) har nyligen publicerat material från till psykiatriska mottagningen i Nacka i Stockholms län som visar att andelen personer som varit i kontakt med psykiatrin var betydligt högre i nybyggda lågstatusområden än i övriga typer av stadsdelar inklusive äldre lågstatusområden. Förhållandet gäller både nya fall och patienter som tidigare varit i kontakt med psykiatrin när de bodde på annat håll. Det gäller såväl psykoser, som andra psykiska symtombilder och i synnerhet självmordsförsök och missbruksproblem. Man framhåller den hypotesen att detta kan bero på att de nya lågstatusområdena är präglade av hög inflyttningstakt, sned åldersfördelning med många unga barnfamiljer, bristfälliga kollektiva resurser och anhopning av resurssvaga individer.

Detta antas leda till bristfälliga sociala nätverk som i sin tur antas resultera i ökad frekvens av psykiska störningar och hjälpbehov.

Nackaprojektet har inte haft möjlighet att studera dessa hypoteser närmare men det har däremot nyligen gjorts i en stor epidemiologisk studie från Oslo (Dalgard 1980). Dalgard har jämfört fem kontrasterande bostadsmiljöer i Oslo där den ena ytterligheten representeras av ett äldre väletablerat villaområde med hög status och andra ytterligheter av ett nybyggt hyreshusområde befolkat av unga långinkomstfamiljer, med steril miljö och bristsfällig kollektiv service. Som förväntat finner man nu att andelen behandlade såväl som obehandlade psykiatriska fall är ca tre gånger så vanlig i den nybyggda hyreshusförorten som i det äldre villaområdet.

För att förklara mekanismen bakom detta fenomen tar Dalgard utgångspunkt i den teoretiska referensram som användes av Alexander och Dorothea Leighton i deras studie av psykiatrisk morbiditet i olika Canadensiska lokalsamhällen (Leighton et al 1959, 1963). Leighton uppställde på basis av teoretiska resonemang och kliniska erfarenheter en rad psykosociala behov som anses vara avgörande för personlighetens utveckling. Om behovsuppfyllelse hindras söker individen undanröja hindret och om detta misslyckas kan det leda till psykiska symtom. Det kan gälla fysiologiska behov, behov av att ge uttryck för aggression, spontanitet, sexuella behov, behov av kärlek, samhörighet och social uppskattning, behov av att tillhöra

en grupp med fasta normer. Leighton studerade bl a några mindre fiskesamhällen som till följd av kraftiga strukturella förändringar av näringslivet var präglade av social desintegrering där formella och informella sociala strukturer och sammanhållning var i upplösning. I ett sådant samhälle präglat av många ofullständiga hem, få och svaga organisationer och ledare, få fritidsaktiviteter, utbredd kriminalitet och svaga sociala nätverk har individen svårigheter att tillgodose sina behov särskilt vad gäller kärlek, uppskattning och fasta normer. I samhällen av denna typ fann Leighton hög psykisk morbiditet.

På samma sätt finner nu Dalgard att i nybyggda förortssamhällen präglade av hög omflyttning, bristfälliga kollektiva resurser och många unga låginkomstfamiljer är en stor andel av befolkningen vad han betecknar som socialt desintegrerade. Detta fenomen mätes som en kombination av kvantitativt och kvalitativt bristfälliga sociala nätverk, passiv fritid och utbredd "alienation" i betydelsen upplevd maktlöshet, bristande socialt engagemang och bristande förtroende för samhällets institutioner. De individer som kan betecknas som socialt desintegrerade enligt detta mått visar ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och bristfällig boendemiljö. Motsvarande samband finns inte för välintegrerade individer.

I och med att detta är en tvärsnittsundersökning finns det problem när det gäller att dra slutsatser från statistiska samband till orsakssamband. Social desintegrering måste således antas vara såväl en orsak till som en effekt av psykisk ohälsa. På samma sätt kan man inte utesluta en selektion av sjuka individer till vissa bostadsmiljöer. En rad analyser av materialet ger dock indirekta belägg för att miljöeffekten är avgörande.

Ovanstående modell ligger i linje med vad som varit utgångspunkt i många av de refererade studierna. Talrika studier har visat hur gamla sociala nätverk bryts upp och att särskilt arbetarfamiljer hamnar i ökad social isolering i samband med flyttning till nya bostadsområden (Komarowsky 1940, Willmott & Young 1957, Goldthorpe 1972, Daun 1974, Holter 1976 och Åberg 1978). Flera av dessa författare har dock understrukit hur strukturomvandlingen i samhället i stort är avgörande i ett skeende som knappast kan förstås enbart med hänvisning till vissa brister i boendemiljöerna.

I de epidemiologiska studierna har man sedan ofta pekat på de uppbrutna sociala nätverk som en viktig mellankommande variabel när det gällt att förklara sambandet mellan flyttning eller boendemiljö och psykisk ohälsa (Mueller 1980).

Man har sett social isolering antingen som en direkt orsak till ohälsa eller som en sårbarhetsfaktor som inte är en tillräcklig orsak men som ökar risken för att social belastning av typ trångboddhet, ekonomiska bekymmer, långa arbetsresor leder till ohälsa (Brown & Harris 1978). I vissa fall har frågan om de sociala nätverken varit kopplade till en teori om hur socialisationsprocessen hindras i ett desorganiserat lokalsamhälle (Faris & Dunham), ibland till en teori om hur vissa givna mänskliga behov frustreras i ett desintegrerat samhälle (Leighton).

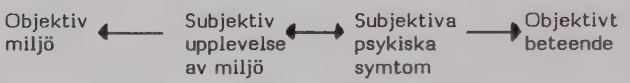
Det är i själva verket typiskt för många av de refererade studierna att de är förenliga med flera olika teorier samtidigt. En anhopning av psykiskt sjuka individer i social desintegrerade samhällen kan således förklaras med hänvisning till flera helt olika orsaksmekanismer. Att inte kunna koppla empiriska resultat till teoretiska resonemang på ett mer entydigt sätt är naturligtvis vetenskapligt sett otillfredsställande.

2.6 Att förklara eller att förstå psykisk ohälsa

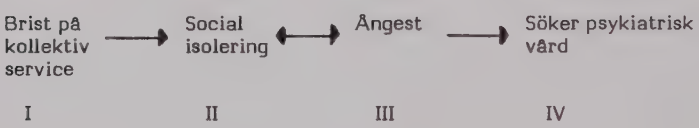
Vi ska i det följande avsnittet kort beröra några av de teoretiska och metodologiska problem som man står inför i den typ av studier som här har refererats och som också är ett allvarligt problem i föreliggande avhandling. Det gäller dels svårigheterna med att skaffa kunskap om orsaksmekanismerna mellan miljö och psykisk ohälsa, dels med att beskriva såväl miljö och psykisk ohälsa.

I de tidigare studierna av psykisk sjukdom och boendemiljö (exempelvis i Faris & Dunhams studie) analyserade man sambandet mellan vissa direkt observerbara fenomen i boendemiljön och befolkningssammansättningen med ett visst observerbart beteende - att vårdas vid psykiatriskt sjukhus. Som vi såg var resultaten i överensstämmelse med den teori som hade uppställts, men samtidigt kunde det hävdas att de observerade sambanden också var förenliga med andra orsaksmekanismer.

Man har därför sökt förfina metodiken dels genom att mäta psykiska symtom framför vårdutnyttjande dels genom att mäta upplevelse av vissa förhållanden i boendemiljön som t ex social isolering eller maktlöshet. Man bygger på ett resonemang som förenklat kan illustreras med följande figur:



Exempel på mätpunkter:



För att närmare kunna beskriva effekten av miljön söker man mäta psykiska symtom (II) och subjektiv upplevelse av miljön (III). Punkterna II och III omfattar emellertid fenomen som inte är direkt observerbara och mätbara. I det vardagliga livet känner vi alla igen fenomenet ångest. Vi vet vad det vill säga när vi själva har ångest men vi kan inte direkt observera fenomenet hos andra. Vill man mäta och kvantifiera ångest i en befolkning måste man konstruera frågor där man antar att om en individ svarar på ett visst sätt då har vederbörande ångest. Man konstruerar således observerbara och kvantifierbara indikatorer på icke-observerbara fenomen. På basis av statistiska samband mellan observerbara indikatorer konstruerar man modeller och gör antaganden om att sambanden mellan de observerbara indikatorerna motsvarar de samband som finns mellan de icke-observerbara fenomen som man egentligen söker kunskap om (se exempelvis modellen på figur 2.1). Syftet med detta antagande är att peka ut orsaker till mänskligt beteende för att sedan i preventivt syfte förändra beteendet genom att förändra orsakerna. Antagandet är emellertid högst osäkert och man kan i bästa fall med en viss sannolikhet förutsäga hur en viss individ kommer att bete sig under vissa givna förutsättningar men varför hon beter sig så får man ingen kunskap om och ännu mindre får man veta vilka mekanismer som är ansvariga för mönstren i handlandet. (Nygren 1978).

Denna positivistiska ansats har samhällsvetenskaparna ärft från naturvetenskaparna. Men idag står naturvetenskaparna på mycket solidare teoretisk grund än samhällsvetenskaparna. I biologi och medicin har man grundläggande och väletablerade axiom och teorier även om icke-observerbara fenomen. Inom samhällsvetenskapen finns en mängd olika teorier som var för sig har ett visst empiriskt stöd men som ofta sinsemellan är motsägande. Teorierna är inte vetenskapligt avledda (Holzkamp 1979).

Men det har också rests frågetecken om huruvida den typ av kausala förklaringar som gäller i naturlagarna också gäller för de "lagar" som styr mänskligt beteende. Kritiken kommer från hermeneutisk orienterade teoretiker som menar att det inte går att tala om orsaker till mänskligt beteende av den enkla anledningen att människan är en varelse som handlar enligt vissa intentioner.

I stället för orsak bör man tala om skäl, istället för förklaring bör man tala om förståelse. Visserligen kan man observera att mänskligt beteende följer vissa regelbundenheter men de lagar eller regler som är i funktion är inte av samma logiska kausala karaktär som de fysiska lagarna utan de hänger ihop med individens intentioner och dessutom är lagarna skapade av människorna själva (Ingleby 1981).

Detta resonemang leder i första hand till frågan om vad man då menar med att förstå. Om ett beteende redovisas så att läsaren inser att han under samma omständigheter skulle ha betett sig likadant så har man gjort beteende förståeligt. Syftet med den förståelse och insikt som kan nås exempelvis i psykoanalysen är att i det ögonblick analysanden får insikt om vilka dolda krafter som styrt hennes handlande kan hon frigöra sig från dem - då slutar de verka kausalt. Oavsett om nu det senare är ett rimligt antagande eller inte finns det andra problem med denna förstående metod.

Återigen är det kanske bristen på teori som är mest allvarlig. Psykoanalysen kan sägas vara en välutvecklad teori om familjen och primärgruppens roll för psykisk utveckling. Men om samhällets roll saknas det en liknande välunderbyggd teori. Utan teori blir den hermeneutiska förståelsen lätt ett försök att göra vetenskap av sunt förnuft, vilket knappast leder till någon ny kunskap. Dessutom kan fenomen som omedelbart framstår som självklara och lättbegripliga vid närmare analys visa sig vara mera problematiska.

Den sociala verklighet som vi finner självklar kan vara genomsyrad av ideologiska föreställningar som döljer de verkliga orsakssambanden. "Sunt förnuft" är oftare uttryck för rådande ideologiska föreställningar än för verklighetens sociala och psykologiska mekanismer. Teorier som bygger på att individen handlar rationellt utifrån sina förutsättningar tycks i många fall inte heller räcka till. När Ineichen eller Taylor beskriver människor i förortsmiljön är det oftast lätt begripligt att kvinnor som är ensamstående mödrar, utan arbete utanför hemmet, isolerade från släkt och vänner i en steril förortsmiljö blir deprimerade.

Svårare är det att förstå att många som lever under sådana omständigheter inte blir deprimerade, eller att många som lever under åtskilligt gynnsammare förhållanden blir det. Det blir alltså ofta omöjligt att hänvisa till sunt förnuft och individens mer eller mindre rationella handlande när det gäller psykiska problem. Dessutom vill naturligtvis många psykiatriker hävda att psykisk sjukdom börjar där sunt förnuft inte längre räcker till för att förklara individers beteende och upplevelser. Det har således ofta påpekats (se exempelvis Leightons teori) att ångest uppstår i situationer när

individens förmåga att handskas med situationen inte räcker till så att hon förlorar kontrollen över den egna livssituationen och centrala behov inte blir (eller hotar att inte bli) tillgodosedda.

I vilket fall som helst är det bristen på klar teoretisk referensram för sambandet mellan individens samhälleliga betingelser och de psykiska symtomen och handlande som leder till betydande metodproblem. De empiriska undersökningar som ska redovisas i följande kapitel torde vara en utmärkt illustration till hur en teorifattig socialmedicin lätt fångas mellan ytliga och ofta svårtolkade statistiska samband å ena sidan och å andra sidan fallbeskrivningar som ofta får karaktären av självklarheter.

Det andra problemet gäller hur man ska beskriva den miljö som man vill studera effekten av. Det förefaller rimligt att anta att människors psykiska reaktion på en situation sker på basis av den psykiska återspeglingen av de sociala omständigheterna. En huvudprincip i psykoanalysen är bl a att tolka vad en situation betyder för patienten. Inte alla människor får psykiska symtom till följd av flyttning, utan flyttning betyder helt olika saker för olika individer. Följdaktligen har man i många studier studerat symtomens samband med den subjektiva upplevelsen av miljön i stället för med miljöns objektiva egenskaper. Problemet är emellertid att människors medvetande inte alltid motsvarar verkligheten. Människors önskningar och anspråk är beroende av den miljö de lever i nu, tidigare erfarenheter och förväntningar inför framtiden. Svaren på subjektiva frågor tenderar att konvergera således att de som har den sämsta miljön är mindre missnöjda än vad som motsvaras av de objektiva förhållandet (Allardt 1975, Björkman & Lundquist 1981). Sistnämnda författare citerar en amerikansk undersökning där det visade sig att överensstämmelsen mellan subjektiv upplevelse och faktiska förhållande varierade mellan olika livssfärer. Arbete, boende och familjeliv visade låg överensstämmelse medan hälsa, utbildning och ekonomi visade god överensstämmelse. Varför finns denna skillnad mellan olika livsföringar? Björkman och Lundquist har följande tentativa förklaring:

"Samhällets normsystem föreskriver hur vi ska leva. Vissa områden är starkare knutna till vår identitet än andra, t ex familjelivet, äktenskapet och arbetet. På de områdena har de flesta av oss särskilt svårt att leva upp till normerna. Vi lämnar inte gärna ut hur vi verkligen har det. Försvarsmekanismer verkar dessutom för att vi ska kunna upprätthålla vår självkänsla."

Även här krävs det alltså en teori. I detta fall om hur vi ska kunna förbinda det subjektiva med det objektiva.

Detta leder oss in på det tredje problemet: Hur beskriver man psykisk ohälsa. Det har ofta blivit ifrågasatt om man kan beskriva psykisk sjukdom objektivt på samma sätt som man kan beskriva fysiska miljöfaktorer och sociala relationer mellan människor objektivt. När man söker sätta en gräns mellan psykisk sjukdom i klinisk bemärkelse och naturliga reaktioner på yttre omständigheter blir definitionen beroende av vad man just nu i vårt samhälle anser vara naturliga reaktioner på en given situation. Den som hävdar att människor med psykiska symtom reagerar naturligt leds därför från att diskutera vad som är sjukt och friskt till att diskutera vad som är önskvärda reaktioner på en given situation - och den senare frågan är mera politisk än vetenskaplig. Att det förekommer psykiskt lidande bland människor som upplever sig vara trötta, som har ångest eller är deprimerade är emellertid ett odiskutabelt faktum. Konklusionen blir alltså att man är hänvisad till att fråga om subjektiva besvär även om dessa svar är präglade av en socialt betingad anspråksnivå. Vi återkommer till dessa problem i Appendix D och avsnitt 6.1.

2.7 Teoretiska utgångspunkter

Mot bakgrund av de teoretiska och metodologiska kommentarer som framförts i föregående avsnitt står det klart att den största svårigheten vid en vidare utveckling av den sociala epidemiologin är bristen på teori. Inom den kritiska psykologin pågår ett arbete (se Hydén 1981) som på sikt kanske kan bli av stor nytta för förståelsen av psykiska och psykosomatiska problem i vårt samhälle.

För den föreliggande undersökningen ska vi dock redovisa några grundläggande utgångspunkter.

Det förefaller rimligt att utgå från en människosyn som ser individen som ett handlande subjekt med vissa intentioner. Det hindrar emellertid inte att man ser handlingar och intentioner som bestämts av sociala förhållanden. Samtidigt bör det påpekas att de mekanismer som förbinder människors handlande med sociala förhållanden ofta är dolda och kunskapen om dem måste tas fram bl a genom tolkning och förståelse. Det är denna kunskap som är nödvändig för att man ska kunna ändra på de negativa förhållandet i samhället.

Eliasson & Nygren (1981) formulerar följande människosyn i sin studie av psykiatrisk verksamhet i Luleå:

... den konkreta individen (är) aktivt inbegripen i olika samhälleligt bestämda verksamheter, tillsammans med andra individer med ett övergripande motiv för verksamheten: att tillfredsställa biologiskt och samhälleligt grundade behov genom en ständig vardaglig kamp för att behålla och utvidga kontrollen över sina väsentliga livsvillkor - materiella, sociala och kulturella.

Ett något likartat synsätt har legat till grund för den välfärdsforskning som bedrivits i Norden (Johansson 1970, Allardt 1975). Levnadsnivå definieras av Johansson som "individens förfogande av resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m m med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor".

Här ses alltså psykisk hälsa som en resurs eller ett medel till att uppnå behovstillfredsställelse på andra nivåer. Samtidigt har dock som vi redan berört flera hävdat att psykiska symtom uppstår när individen förlorar kontrollen över sin livssituation.

"Ångestberedskap karakteriseras här som en upplevd riskering av den egna existensen genom en hotande förlust av kontrollen över de samhälleliga, därmed också de egna livsbetingelserna och blir gradvis till manifest ångest när ett övervinnande av de aktuella livsomständigheterna inte är förutsedda: när människan alltså passivt går mot ett allt starkare hot mot sin existens" (Kappeler/Holzkamp/Holzkamp-Osterkamp 1977, citat efter Hydén aa s 137).

I de förortsmiljöer som i tidigare avsnitt beskrivits där människor har höga hyror, låga inkomster, bristande barnomsorg, få eller inga rättigheter när det gäller att kontrollera sin boendemiljö är det alltså knappast överraskande att det finns många individer som upplever ångest m m. Samtidigt är naturligtvis sociala nätverk, graden av social integration viktiga betingelser för att vidmakthålla en viss kontroll över sin situation. Flera undersökningar bl a på material från den svenska levnadsnivåundersökningen har visat att människor som har låg kontroll över sin arbetssituation och samtidigt höga krav har flera nervösa besvär än de som har bättre kontroll

över sitt arbete. (Karasek 1979). Samma forskare har dessutom beskrivit att just de personer som har minst möjligheter att kontrollera sitt arbete också har sämre boendeförhållande och sämre deltagande i samhällets utbud av fritidsaktiviteter. Därmed blir individens möjligheter att kompensera sig på fritiden avskurna.

Individen kan nu möta sin ångest på olika sätt. I enlighet med psykoanalytisk forskning kan man tala om bearbetning eller försvar i form av förträngning, förnekande, isolering osv. En bearbetning av situationen där individen söker att realistiskt värdera sina handlingsmöjligheter för att påverka sin situation innebär ofta att individen ökar sin sociala integration genom att individen upprättar och underordnar sig vissa mål i ett socialt sammanhang tillsammans med andra individer. Dalgard har emellertid visat att denna integrering ofta är hindrad i moderna förortsmiljöer.

En annan möjlighet är att (fly)tta till en annan situation i detta fall ett annat bostadsområde. Men även här är individens valmöjligheter ofta starkt begränsade av brist på ekonomiska och andra resurser.

Nordiska arbetsgruppen för regionalpolitisk forskning har varit inne på tanken att använda flyttningsstudier i levnadsnivåforskningen (NordREFO 1978). Man har där tagit utgångspunkt i begreppen sorti och protest som myntades av den amerikanske ekonomen Hirschmann i sin bok Exit, Voice and Loyalty (på svenska Sorti eller Protest, 1972). Hirschmann har här sökt systematisera de handlingsmöjligheter som står till buds för t ex konsumenten av en vara som befinns otillfredsställande eller för en medlem i en organisation som inte lever upp till sina målsättningar. Man kan antingen sluta köpa varan respektive lämna organisationen d v s välja sorti, (exit) eller söka påverka varans kvalitet respektive organisationens sätt att fungera d v s välja protest (voice). De två reaktionssätten är beroende av varandra således att effekten av protest ökar om möjligheten för sorti står öppen och samtidigt påverkas valet mellan de två alternativen av den lojalitet man känner som konsument respektive medlem. NordREFO har nu haft den tanken att flyttning kan tas som uttryck för sorti. Man påpekar dock att ett stort antal flyttningar inte kan tas som uttryck för sorti lika lite som beslut om att icke flytta kan tas som yttryck för protest. Många flyttningar är som redan nämnts delar i ett karriärmönster eller i varje fall ett försök att etablera ett sådant mönster.

Vi var tidigare inne på att man måste skilja på frivilliga och påtvingade flyttningar om man vill analysera sambandet flyttning och ohälsa. Flyttningar som är led i ett karriärmönster skulle kunna betecknas som frivilliga i den mening att valet av karriär möjligen är frivilligt. Men har man först valt karriär blir flyttningar ibland tvingande led i denna. Man kan möjligen som Hirschmann betrakta flyttning som en frivillig sorti där individen söker utöva påverkan på marknaden men samtidigt är många människor tvingade att lämna en viss miljö därför att det inte går att försörja sig där längre. Det är alltså förenat med stora svårigheter att skilja på frivillig och ofrivillig flyttning. Vi ska dock hålla fast vid det synsättet att flyttning är ett bland flera olika sätt att anpassa sig till yttre krav.

Protest definieras av Hirschmann som alla försök att förändra snarare än att fly från ett missförhållande antingen genom individuella eller kollektiva påtryckningar (jfr vad vi betecknade som bearbetning ovan). Hirschmann hävdar att möjligheten att åstadskomma effekt genom protest är beroende av om möjligheten till sorti står öppen eller inte. Om t ex situationen på arbetsmarknaden är präglad av överskott på arbetskraft och arbetslöshet, är alternativet sorti d v s att säga upp sig, förbunden med stora risker och omkostnader. Därmed blir också krav på förändring av arbetssituationen

mindre verkningsfull. På bostadsmarknaden råder inte riktigt samma samband genom att sorti knappast är något starkt påverkansmedel gentemot hyresvärdar eftersom det för det mesta råder en viss bostadsbrist. Däremot har möjligheter till protest och påverkan varit helt beroende av upplåtelseform för bostaden. Lite tillspetsat kan man säga att för en hyresgäst är enda sättet att påverka sin boendemiljö att flytta medan det för den som äger sin bostad inom vissa ramar finns ganska goda möjligheter att förändra sin närmaste omgivning. I själva verket kan den stora efterfrågan på småhus kanske ses som ett uttryck för att boendet i denna form ger en påverkansmöjlighet som endast ett fåtal har i sitt arbete (Daun 1980). Men samtidigt står som nämnt fritid och boende sällan i något kompensatoriskt förhållande till arbetet.

När de sociala villkoren ställer hinder i vägen för handlingsalternativen sorti och protest återstår olika försvarsmekanismer. En av dom är att förändra sin återspegling av verkligheten - såsom vi beskrev det i diskussion om subjektiv eller objektiv miljö. Man sänker sina anspråk. Men samtidigt leder detta till en naturlig (och realistisk) upplevelse av maktlöshet och meningslöshet som bl a ingår i det socialpsykologiska alienationsbegrepp som Dalgard använde i sin studie (se vidare Israel 1969).

2.8 Vår modell

Fritiden och boendet framstår ofta i det allmänna medvetandet som det område i livet där man har valmöjligheter, man kan i motsats till arbetet styra sitt liv med sorti eller protest. Människors förhållande till sitt boende präglas ofta av den inställningen, även om verkligheten ofta är en annan.

Att förmedla några fragment av hur denna verklighet ser ut är ett syfte med föreliggande studie.

I stället för att behandla flyttning som en besvärlig felkälla i den epidemiologiska metodiken vill vi i stället undersöka just samspelet mellan de tre fenomenen flyttning-boende-ohälsa. Vår utgångspunkt är att flyttning likaväl som val av bostad är såväl en orsak till som ett resultat av psykiska symtom.

Det är med andra ord tre förklaringsförsök till uppkomsten av problem i nya förortssamhällen vi ville hålla isär.

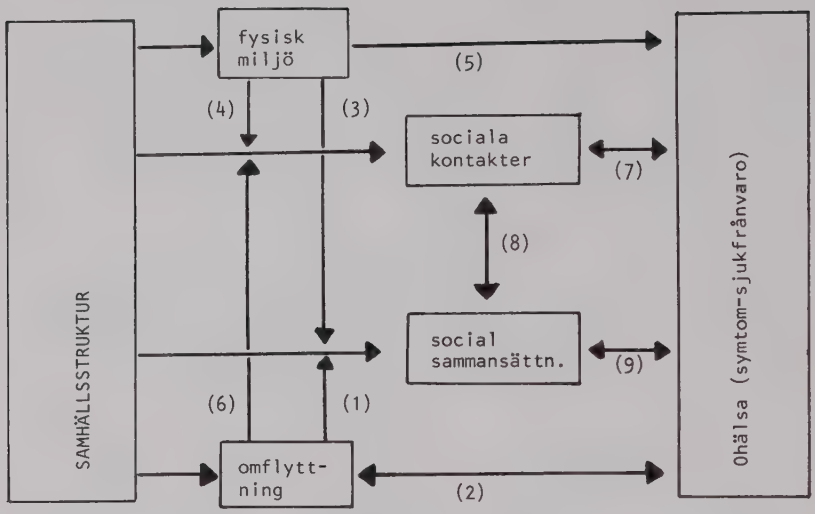
1: Om det bland den rörliga delen av befolkningen finns en överrepresentation av människor med benägenhet för psykiska besvär och sociala problem vill det bli en anhopning i expansiva områden (selektionseffekt).

2: Om den förändringen som flyttning innebär har negativ inverkan på hälsotillståndet får vi samma anhopning (flyttningseffekt).

3: För det tredje kan boendemiljön i vid bemärkelse i området tänkas inverka. Det kan dels vara effekt av den fysiska planeringen, upplåtelseformen, befolkningssammansättningen och de sociala kontakterna i området (miljöeffekt).

Följande figurer kan illustrera de samband det kan röra sig om.

Fig 2.1 En modell



1. I vilka avseenden är inflyttning till ett nytt bostadsområde selektiv?

2. Vilken effekt har flyttningen direkt på hälsan?

3. Hur påverkar den geografiska fördelningen och utformningen av olika typer av bostäder befolkningssammansättningen i området och dess kvarter?

4. Vilken betydelse har skilda boendeformer (flerfamiljshus, småhus) för uppkomsten av sociala kontakter?

5. Vilka skillnader i psykiskt välbefinnande finns mellan olika kvarter och boendeformer och vilka kan orsakerna till detta antas vara?

6. Hur påverkar flyttning kontakten med grannar och övrig släkt och vänner?

7. Vilka är sambanden mellan sociala kontakter och psykiskt välbefinnande?

8. Hur påverkar befolkningssammansättningen i kvarteren olika gruppers grannkontakter och förekomsten av psykiska besvär?

I det följande kommer vi nu först att ge en översiktlig kartläggning av sjukfrånvaro och socialvårdsärenden i Luleås olika stadsdelar. Vi kommer därefter att redovisa en empirisk studie av flyttningsmönstret inom kommunen, vilket syftar till att belysa selektionen bland de som flyttar lokalt.

Sedan kommer vi att koncentrera oss på en nybyggd stadsdel i Luleå, Hertsön. Stadsdelens tillkomst och fysiska miljö och befolkning beskrivs översiktligt. Därefter kommer vi att analysera de två första förklaringsförsöken om flyttningseffekt och selektion bland de som flyttat till denna stadsdel från andra kommuner. Analysen bygger på mätning av sjukfrån-

varon före och efter flyttning till Luleå jämfört med en grupp som inte flyttat från de orter som flyttarna lämnat.

Slutligen kommer vi genom analys av enkätmaterial och intervjuer av befolkningen på Hertsön att analysera några av de sociala processer i bostadsområdet som påverkar människors psykiska välbefinnande där. Utgångspunkten för analysen är modellen i fig 2.1.

3 OMFLYTTNING OCH SEGREGATION I LULEÅ

3.1 Material och metoder

I den första delen av undersökningen har vi valt att låta datamaterialet bestå av följande två delar:

A ETT TVÄRSNITTSURVAL AV BEFOLKNINGEN I LULEÅ KOMMUN

Ett slumpmässigt urval av hushåll kyrkobokförda i Luleå 10/8 1977, totalt 2 293 hushåll. Urvalet har skett maskinellt ifrån Länsstyrelsens personband baserat på huvudmannens födelsedag, således att personer födda den 1 och 15 i månaden har utvalts. Personuppgifter på övriga medlemmar i hushållet har skaffats ifrån mantalslängderna. Härvid uppgår det totala tvärsnittet till 3 186 individer över 18 år.

B ALLA PERSONER SOM FLYTTAT IN, UT OCH INOM LULEÅ KOMMUN under en 10 veckors period 8/8 - 30/10 1977, totalt 3 105 individer. Uppgifter om persondata har insamlats ifrån Länsstyrelsens flyttningsavier.

Syftet med detta urvalsförfarande har varit att använda tvärsnittet som ett kontrollmaterial för jämförelse med flyttarna. På alla 6 291 individer har sedan insamlats följande data:

1) Uppgifter om civilstånd är det formella vilket som bekant i ett stort antal fall inte motsvaras av de faktiska förhållandena eftersom många sammanboende ej är gifta.

2) Barnens antal omfattar alla barn i åldern 18 år och därunder.

3) Adressen har kodats med hjälp av postnummer som i Luleå tätort ungefär motsvarar statistikområden för DEMOPAK (4-siffernivå) och Folk- och Bostadsräkningen. Dessutom har vi på basis av adressen tagit reda på boendeform (flerfamiljshus respektive enfamiljshus).

4) Yrket har legat till grund för en kodning i socialgrupp I, II och III, enligt Eriksson 1975). Socialgruppsangivelse finns endast på 87 % av befolkningen där vi har yrkesuppgift på individen eller dennes make.

5) Från Riksförsäkringsverket har vi fått uppgifter om den sjukpenninggrundande inkomsten som personen har uppgett till Försäkringskassan.

Inkomstvariablen kommer i det följande att klassificeras på följande sätt:

Tabell 3.1

Inkomstgrupper i ett tvärsnittsurval av befolkningen över 18 år i Luleå

Sjukpenninggrundande inkomst (per år)	Andel % i Luleå	Andel yrkesverksamma	Kommentar
0-5 000 kronor, Hemmamake försäkrad	29	-	Ej yrkesverksam
5-40 000 kronor	19	28	Dominerad av deltidsarbetande
40-60 000 kronor	29	40	Låginkomsttagare
Över 60 000 kronor	23	32	Höginkomsttagare

Vi kommer att använda oss av kategorierna "låginkomsttagare" och "höginkomsttagare" och uträkna deras andel i förhållande till antalet personer med inkomst över 5 000 kronor. Procentandelen blir då 40 respektive 32 för tvärsnittsurvalet av befolkningen i Luleå.

6) Ifrån Socialförvaltningen i Luleå har insamlats uppgifter om personen är aktuell i socialhjälps-, nykterhetsvårds- eller barnavårdsregistret.

Förekomst i socialregistret tas som indikator på sociala problem, ekonomiskt hjälpbehov och försörjningssvårigheter samt beteendeavvikelser som föranleder samhällsingripanden.

"Aktuell i socialregistret" betyder här att man har sökt hjälp vid socialvården eller har blivit föremål för samhällsingripanden enligt nykterhetslag eller barnavårdslag under de sista fem åren. Efter fem år utgallras man ur registren. Detta betyder att personer som har bott länge i kommunen har större risk att finnas i registret är personer som har bott kortare tid. Detta medför att nyinflyttade personer uppträder i registert med låg frekvens utan att detta behöver betyda mindre social belastning.

7) Från Riksförsäkringsverkets dataregister har skaffats uppgifter om sjukfrånvaro (antal sjukdagar och antal sjukskrivningstillfällen) 1976 och 1977.

Vi har använt sjukfrånvaro från arbetet som indikator på ohälsa. Som närmare redovisas i Appendix A anser vi att sjukfrånvaron kan vara ett användbart instrument då det gäller att få en bild av individens bedömning av sitt hälsotillstånd mot bakgrund av arbetsmiljön, trivseln på arbetsplatsen, hemmasituationen etc. För personer med sjukpenninggrundande inkomst under 5 000 kronor per år är frånvaron ett speciellt osäkert mått på ohälsa därför att en mycket låg sjukpenning minskar benägenheten att sjukskriva sig vid sjukdom. Vi har därför låtit personer med inkomst under 5 000 kronor utgå ur de tabeller som omfattar sjukfrånvaro. Vi kommer att uppdela befolkningen i en grupp "sjuk" som varit sjukskrivna över 14 dagar

såväl 1976 som 1977 och en grupp "frisk" som inte uppfyller kriteriet. De uppgifter vi fått från Försäkringskassan är uppgifter om när människor sjukskriver sig hos kassan. Detta är inte helt det samma som sjukfrånvaro. En del är frånvarande för sjukdom utan att vara sjukskriven (tar semester eller är tjänstledig t ex) och det kan i princip tänkas att en person är sjukskriven men ändå går till jobbet. Vi kommer dock i det följande att använda de två begreppen synonymt.

Alla uppgifter utom yrke och socialgrupp finns på alla individer. Det finns alltså i en registerstudie som denna inget bortfall.

3.2 Beskrivning av Luleå stadsdelar

En avgörande fråga vid undersökningar kring omflyttning och segregation i städerna är vilken geografisk indelning man använder, d v s hur man avgränsar stadsdelarna. För Luleås del är de geografiska och historiska förhållandena sådana att staden naturligt indelas i 14 stadsdelar förutom byarna omkring tätorten (tabell 2). Denna indelning sammanfaller med de distriktsdelar som använts i den offentliga statistiken, DEMOPAK och Folk- och bostadsräkningen. Att det är möjligt att använda denna indelning på basis av Länsstyrelsens personband beror på att den till stor del sammanfaller med postnummerindelningen. Detta har dock medfört att vi endast har 12 i stället för 14 stadsdelar i tätorten. Ett trettonde område består av byarna kring Luleå.

I tabell 3:2 finns stadsdelarna kort karakteriserade dels genom bostädernas ålder och andel flerfamiljshus och dels genom vissa egenskaper hos befolkningen vad gäller ålder, inkomst, sociala problem och sjukfrånvaro. Andelen socialhjälpstagare varierar kraftigt mellan 8 % och 26 % och andelen sjukskrivna varierar också betydligt mellan 11 och 20 %.

Det kan vara av intresse att studera vad som karakteriserar stadsdelar med hög respektive låg sjukfrånvaro.

I Fig 3.1 har vi redovisat en samband analys av vad som karakteriserar stadsdelar med hög sjukfrånvaro.

Tabell 3:2

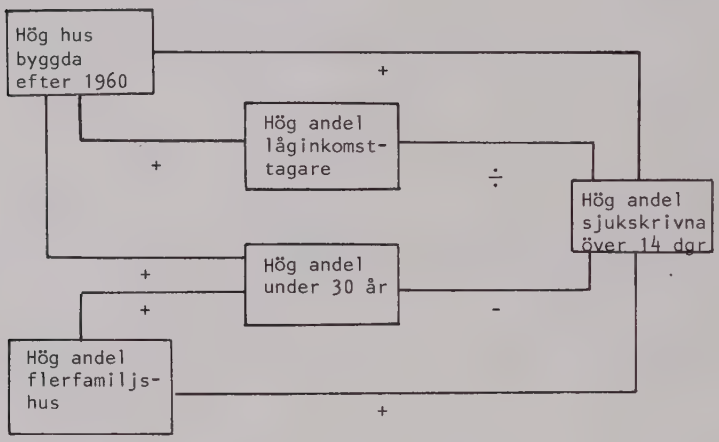
BOSTADSSOCIAL BESKRIVNING AV LULEÅ STADSDELAR 1977. ANDELAR I PROCENT:

STADSDEL	Andel hus byggda efter 1965	Andel i flerfam hus	Andel under 30 år	Andel inkomst < 60 000 1)	Andel sjukskrivna < 14 dgr/år 1)	Andel socialhjälpstagare	Antal personer < 18 år i urvalet
Centrum	12	96	15	20	18	13	355
Skurholmen	25	69	25	23	17	14	367
Örnäset	1	83	31	19	28	22	197
Svartön	1	48	16	14	30	23	44
Hertsön	99	57	42	31	24	22	330
Björkskatan	80	12	20	43	13	8	98
Bergviken	24	84	24	20	20	14	162
Mjölkudden	5	64	22	33	18	16	181
Notviken	81	66	29	18	28	26	154
Bergnäset	46	42	22	28	11	9	184
Porsön	100	78	49	27	15	19	170
Gammelstad	65	41	23	30	18	11	294
Byarna	15	7	17	26	12	9	650
Totalt	42	53	25	23	18	14	3 186

1) Andelen höginkomsttagare och andelen sjukskrivna har räknats i förhållande till antal personer med inkomst över 5 000 kronor per år, de övriga har betraktats som icke yrkesarbetande.

Figur 3:1

Statistisk jämförelse av stadsdelar med hög och låg sjukfrånvaro. Streck med +/- anger de samband där den partiella korrelationskoefficienten skiljer sig signifikant från O.P < 5 %. N=13.



Innebörden av Fig 3.1 kan kort sammanfattas så att det finns en anhopning av människor med hög sjukfrånvaro i vissa stadsdelar vilket delvis beror på att det i äldre områden finns många äldre personer och många låginkomsttagare som har hög sjukfrånvaro. Samtidigt finns det i yngre bostadsområden och i flerfamiljshusområden en anhopning som inte kan förklaras med hänvisning till dessa individegenskaper.

För de fortsatta analyserna ska vi därför välja ut fyra områdestyper som är kontrasterande med avseende på husens ålder, boendeform och befolkningens ålder och inkomst.

Yngre lågstatusområde: Hyreshusområden i Notviken (Kristallen) och hyreshusdelen av Hertsön byggda under perioden 1965--1975. Snabb inflyttning, bristfällig service och fysisk miljö.

Äldre lågstatusområde: Örnäset och Svartöstaden dominerade av hyreshus byggda på 50-talet i anslutning till Järnverket. Små nedslitna lägenheter.

Yngre högstatusområde: Småhusområden på Hertsön och Björkskatan byggda efter 1970. Inflyttning pågick när studien gjordes.

Äldre högstatusområde: Villaområden på Bergnäset, Mjölkudden och Gammelstaden. Friliggande villor byggda under en lång period av år.

De fyra områdena uppvisar stora skillnader i befolkningssammansättningen (Tabell 3.3)

Tabell 3.3

Befolkningssammansättning i fyra kontrasterande bostadsområden enligt tvärsnittsurval 1977.

	Yngre låg-status	Äldre låg-status	Yngre hög-status	Äldre hög-status
Andel under 30 år	49,6	28,3	22,8	11,6
Andel med inkomst över 60 000 kr 1)	27,2	26,9	48,8	48,9
Andel sjukskrivna över 14 dagar 1)	26,3	25,1	11,7	8,4
Andel aktuella i socialvård	37,9	27,9	12,9	5,2
N=	282	240	241	345

1) räknat per 100 personer med inkomst över 5 000 kronor/år.

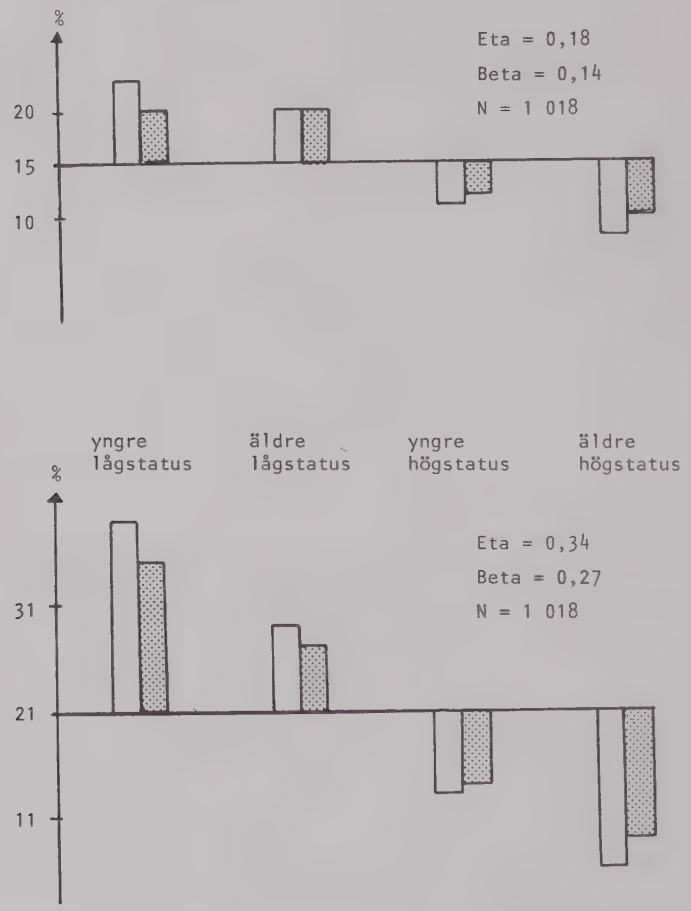
Andel personer som är sjukskrivna och andelen som är aktuella hos socialvården varierar kraftigt. Detta kan tänkas vara helt eller delvis betingat av att fördelningen enligt ålder, inkomst m m är olika.

För att belysa denna fråga har vi gjort en multivariat analys av typ MCA (Multible Classification Analysis) med SPSS programmet ANOVA.

Vi redovisar här hur andelen sjukskrivna respektive andelen med socialvårdskontakt avviker från genomsnittet av de fyra områdena med och utan hänsynstagande till bakgrundsvariablerna ålder, civilstånd, hemmavarande barn, inkomst och socialgrupp. Sambandet mellan sjukfrånvaro och inkomst är U-format varför inkomstvariablen har indelats i tre klasser och i analysen behandlats som faktor (nominalskala) medan övriga bakgrundsvariabler har behandlats som kovariater (ordinalskala). Eta och beta anger hur väl variabeln bostadsområde förklarar variationen i sjukfrånvaro när man inte tar, respektive tar hänsyn till bakgrundsvariablerna.

Fig 3:2

Andel sjukskrivna över 14 dagar och andel aktuella i socialvård. Avvikelse från genomsnittet med (skraverad stapel) och utan hänsyn tagen till bakgrundsvariabler (oskraverad stapel).



Vi ser av fig 3.2 att det kvarstår en betydande skillnad mellan bostadsområdena i frekvens av sjukskrivna och socialvårdskontakter även när vi tar hänsyn till bakgrundsfaktorer. Det kan finnas flera förklaringar till detta. Att skillnader i socialvårdskontakter är särskilt uttalad är förståeligt med tanke på att det här ofta rör sig om ekonomiska problem där relationen mellan bostadshyra och inkomst spelar en avgörande roll. Sjukfrånvaron har starka samband med en lång rad förhållanden i arbetet som man långt ifrån tar hänsyn till genom en konstanthållning av socialgrupp och inkomst. Vissa av dessa som t ex arbetsresornas längd har av

lättförklarliga skäl även samband med bostadsområdet. Men även geografisk närhet mellen ett företag (med en viss arbetsmiljö och därmed viss frånvaro) och ett bostadsområde kan spela en roll genom selektiv inflyttning av människor från vissa företag till närliggande områden. Hertsön och Örnäset ligger således nära Järnverket i Luleå. Det kan också tänkas att de ekonomiska och sociala mekanismer som finns på bostadsmarknaden utestänger respektive håller kvar vissa grupper av människor till vissa områden. Sjukdomar och beteendeavvikelser kan mycket väl tänkas spela en roll i detta sammanhang. För att studera dessa selektiva mekanismer har vi därför registrerat alla personer som flyttade till och/eller ifrån en bostad i Luleå under hösten 1977.

3.3 Den lokala omflyttningen

Tabell 3.4 redovisar antal flyttare mellan boendeformerna (flerfamiljshus/enfamiljshus) och över kommungränsen.

Tabell 3:4

Fördelning av flyttningar till, från och inom Luleå kommun under en 10-veckorsperiod hösten 1977 i absoluta tal i antal per år per 100 i inflyttningsboendeform och i procent av antal flyttare totalt.

	Antal	Antal pr 100	Andel %
TILL FLERFAMILJSHUS			
från flerfamiljshus	1 192	24,3	38,4
från enfamiljshus	235	4,8	7,6
från annan kommun	509	10,4	16,4
TILL ENFAMILJSHUS			
från flerfamiljshus	285	6,7	9,2
från enfamiljshus	63	1,5	2,0
från annan kommun	117	2,7	3,8
TILL ANNAN KOMMUN			
från flerfamiljshus	501	-	16,1
från enfamiljshus	181	-	5,8
Boendeform ej registrerad	22	-	0,7
Total	3 105	33,8	100,0

Vi ser här att flyttarna mellan olika flerfamiljshus inom kommunen utgör en mycket stor andel. Rörligheten mellan flerfamiljshusen är betydande med en årlig omflyttning på 40 %. Detta får betraktas som en efter svenska förhållanden mycket hög omflyttningstakt, vilket möjligen kan förklaras med hänvisning till att vi under denna period hade en stigande

arbetslöshet och ett plötsligt bostadsöverskott där det tidigare rått bostadsbrist. Möjligheterna att få en bostad mera anpassad efter behov och resurser var därför bättre än på länge. En omflyttning på 20-30 % får räknas som mera normal.

Flyttningar över kommungränsen är 15 %. En stor del av dessa flyttar av arbetsmarknadsskäl medan en mindre del flyttar till enfamiljshus i grannkommunerna. Liksom det finns skäl att anta att de selektiva mekanismerna verkar olika på de som flyttar för arbetets skull och de som flyttar för bostadens skull finns det skäl att anta att flyttare till flerfamiljshus skiljer sig från flyttare till enfamiljshus därför att de två boendeformerna skiljer sig vad gäller storlek och kostnader.

Tabell 3:5

Fördelning av ålder, inkomst och sjukfrånvaro bland flyttare till flerfamiljshus, enfamiljshus och till annan kommun.

	Till flerfam hus	Till enfam hus	Till annan kommun	TVÄRSNITT
Andel under 30 år	65,8***	42,6***	59,6***	25,0
Andel med inkomst över 60 tkr 1)	22,8***	39,9	30,0**	35,9
Andel sjukskrivna över 14 dagar 1)	21,1***	18,7	17,5	16,3
N=	1 936	465	682	3 186

1) räknat per 100 med inkomst över 5 000 kronor.

*** avvikelse från tvärsnittsurval signifikant P<0,1 %. CHI2, fg=1.(** P < 1 %)

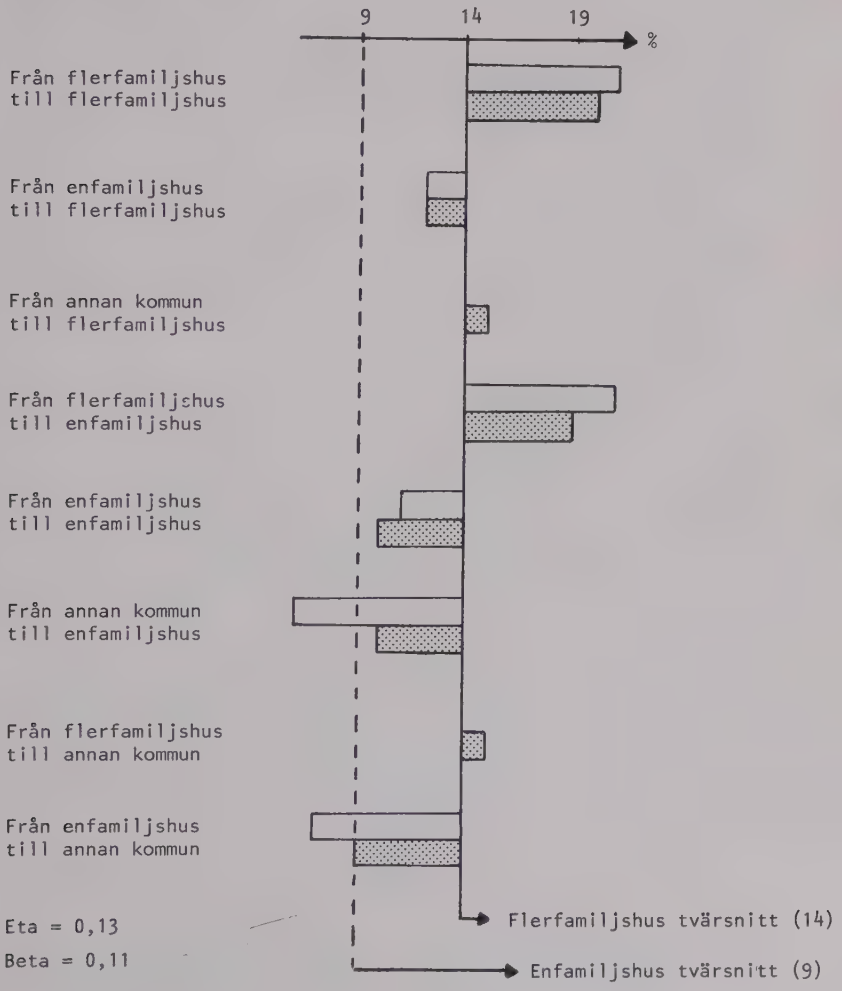
I tabell 3.5 ser vi att flyttarna utgör en mycket ung grupp, med relativt få höginkomsttagare med undantag av de som flyttar till enfamiljshus där inkomstnivån kanske är lite högre. Andelen sjukskrivna tenderar att vara högre bland flyttarna.

Flyttning till följd av förändrade behov genom familjebildning och förändrade ekonomiska resurser gäller särskilt unga människor. Samma gäller personer som byter arbetsplats eller utbildningsort eller flyttar för att söka arbete. Det är därför naturligt att flyttarna utgör en selektion med avseende på ålder och inkomst.

Eftersom sjukfrånvaro har starka samband med ålder och inkomst bl a bör vi ta hänsyn till dessa faktorer när vi jämför flyttarna med övriga. För att ta reda på i vilken mån flyttarna utgör en selektion med avseende på sjukfrånvaro även när vi tar hänsyn till bakgrundsfaktorerna ålder, kön, civilstånd, barn socialgrupp och inkomst har vi gjort en variantanalys (MCA) som redovisats i fig 3:3 (jfr fig 3:1).

Fig 3:4

Andel sjukskrivna över 14 dagar. Avvikelse från genomsnittet som är lika med justerad sjukfrånvaronivå i tvärsnittsurvalet i flerfamiljshus. Skraverad stapel anger avvikelse justerad för bakgrundsvariabler, oskraverad anger de ojusterade värdena.



Vi ser att de som flyttar inom kommunen från flerfamiljshus har högre sjukfrånvaro även när vi tar hänsyn till bakgrundsvariablerna.

Detta kan bero på att flyttning kan vara utlöst av förhållande som samtidigt kan ligga bakom en högre frånvaro. Exempel på sådana förhållanden är barnafödande, skilsmässa och andra förändringar i familjecykeln som kan ge ändrade bostadsbehov men som samtidigt kan vara en påfrestning som kan leda till sjukfrånvaro.

Andra exempel kan vara vantrivsel och ohälsa orsakad av påfrestningar i boendemiljön. En hypotes vi formulerade i avsnitt 2.7 var att människor kan söka lösa en svår situation med flyttning (sorti). Sjukfrånvaro är resultat av ett komplicerat samspel mellan ohälsa och belastningar i arbete, hem och boende. Befinner man sig i en situation som lett till sjukfrånvaro för psykiska och psykosomatiska symtom är det troligt att man kan söka komma ur svårigheterna genom att flytta till en ny bostad och en ny omgivning. Oavsett var problemet har sin grund är det naturligt att man tolkar sina problem relaterade till boendet antingen som ett sätt att förtränga mera svårlösta konflikter eller därför att boendet i motsatt till familjeliv och arbete är ett område där det är relativt lätt att välja sorti som överlevnadsstrategi.

Emellertid är flyttning förbunden med kostnader - ekonomiskt och socialt. Det gäller inte minst flyttning till enfamiljshus där kontantinsats och låneregler torde utestänga människor med låg inkomst och osäker ekonomi till följd av bl a ohälsa. Det senare framförde vi i avsnitt 3.2 som en tänkbar förklaring till den stora skillnaden i sjukfrånvaro som finns mellan de olika bostadsområdena. Men denna hypotes får inget stöd. På fig 3.3 ser vi att de som flyttar till enfamiljshus från flerfamiljshus har betydligt högre sjukfrånvaro än de som är boende i enfamiljshus.

Detta kan förefalla paradoxalt. En förklaring skulla kunna vara att de som flyttar utgör en särskilt rörlig minoritet som flyttar vidare och inte påverkar befolkningssammansättningen i de områden de flyttar igenom. Men ser vi på fig 3.3 har de som flyttar från enfamiljshus inte samma höga frånvaronivå. Den förklaring som därför blir mest näraliggande är att personer som flyttar till enfamiljshusområden så småningom får minskad frånvaro medan de bor där. Om detta är en effekt av boendemiljön är tveksamt. En annan möjlighet är att människor som flyttar till enfamiljshus samtidigt befinner sig i en process av uppåtgående social mobilitet där de till följd av förändrade arbetsförhållanden gradvis får minskad sjukfrånvaro.

Den andra gruppen som klart skiljer sig från genomsnittet på fig 3.3 är de som flyttar över kommungränsen till eller från enfamiljshus i Luleå. Denna grupp är antagligen dominerad av tjänstemän som flyttar i karriärsyfte eller för att deras arbetsplats flyttas genom utlokalisering etc. (Andelen socialgrupp I är 35 % i denna grupp jämfört med 13 % i enfamiljshus totalt). Vi ser också att denna grupp inte har högre sjukfrånvaro än boende i enfamiljshus när vi tar hänsyn till inkomst, socialgrupp m m.

3.4 Flyttning - ett samspel mellan bostadsområde och individ

Att det bland den rörliga delen av befolkningen finns många personer med hög sjukfrånvaro kan vara en förklaring till att det i nybyggda bostadsområden finns en (förbigående) anhopning av personer med hög sjukfrånvaro. Att denna anhopning emellertid främst finns i nybyggda lågstatusområden

kan delvis vara miljöbetingat men kan också bero på en urvalsprocess vid utflyttning från lågstatusområden. Människor som är ekonomiskt och hälsomässigt priviligierade kan antas ge sig av medan de mindre priviligierade stannar kvar. (Jfr avsnitt 2.4). De priviligierade flyttar till högstatusområden eller till de många stadsdelar som inte är klart segregerade utan har en mera heterogen befolkning.

För att testa denna hypotes har vi först studerat utflyttningsfrekvensen bland personer med inkomst över 60 000 kronor jämfört med övriga inkomstgrupper från de fyra områdestyperna.

Tabell 3.6

Antal utflyttade per år per 100 boende för personer med över och under 60 000 kronor i sjukpenninggrundande inkomst

	Yngre lågstatus	Äldre lågstatus	Yngre högstatus	Äldre högstatus
Över 60 000 kr	22,0	18,5	6,9	7,3
60 000 kr och därunder	20,5	20,0	12,0	12,7

Vi ser i tabell 3.6 att utflyttningen av höginkomsttagare från lågstatusområden är betydligt högre än från högstatusområden. Medan utflyttningen bland höginkomsttagare är 15,1 procentenheter högre från yngre lågstatusområden än från yngre högstatusområden är motsvarande skillnad bland låginkomsttagare 8,5 procentenheter. Denna skillnad är uttryck för en interaktion mellan individens egenskap (inkomst) och områdesegenskap (status).

Däremot finns det ingen motsvarande interaktion när det gäller människor med sjukfrånvaro över och under 14 dagar per år. (Tabell 3.7)

Tabell 3.7

Antal utflyttade per år per 100 boende för personer med över eller under 14 dagars sjukfrånvaro

	Yngre lågstatus	Äldre lågstatus	Yngre högstatus	Äldre högstatus
14 dagar och därunder	19,6	18,2	9,5	10,0
Över 14 dagar	22,0	18,6	11,9	11,2

Antagligen är sjukfrånvaro eller rättare brist på sjukfrånvaro inte på samma entydiga sätt som hög inkomst en indikator på den typ av resurser som är bestämmande för möjligheten att lämna en bristfällig boendemiljö.

3.5 Leder selektion till segregation?

Vi kan nu kort summera att vi bland flyttarna funnit två selektionsprocesser:

- personer som flyttar inom kommunen utgör en ekonomisk och hälsomässigt underpriviligierad grupp. Det gäller särskilt de som flyttar mellan olika flerfamiljshus, men även de som flyttar från flerfamiljshus till enfamiljshus har högre frånvaro även om deras inkomst är relativt hög.

- höginkomsttagare har en högre utflyttningstakt från låginkomstområden än från höginkomstområden.

Resultatet av det första förhållandet blir att det i nybyggda områden med inflyttningsnetto blir en anhopning av låginkomsttagare och sjuka, medan det i områden med utflyttningsnetto blir en minskning. Om det nu är som i Luleå 1977 att utflyttningsområdena är underpriviligierade jämfört med inflyttningsområdena leder detta till minskad segregation. Samtidigt finns emellertid den andra tendensen som innebär att höginkomsttagare lämnar låginkomstområden och flyttar till områden med högre inkomstnivå. Detta leder till ökad ekonomisk segregation. Hur nettoresultatet av dessa två motstridande tendenser blir för det enskilda bostadsområdet är beroende av det absoluta och relativa antalet personer med en viss egenskap bland in- och utflyttare.

Tabell 3.8

Andel personer med inkomst över 60 000 kr i tvärsnittsurval, bland in- och utflyttare och den beräknande nettoförändringen till följd av omflyttning av andel höginkomsttagare per år. Nedersta raden anger områdets totala flyttningsnetto per år.

	Yngre lågstatus	Äldre lågstatus	Yngre högstatus	Äldre högstatus
Tvärsnitt	27,2	26,9	48,8	48,9
Inflyttare	19,5	23,0	39,3	42,9
Utflyttare	30,8	23,7	31,0	30,8
Nettoförändring	- 5,8	- 0,1	- 0,2	+ 2,3
Flyttningsnetto per år per 100 boende	- 0,2	- 7,6	+14,2	- 6,1

I tabell 3.8 har vi angivit vad nettoresultatet av dessa selektiva mekanismer blir för de fyra områdestyperna. De yngre lågstatusområdena har en utflyttning där andelen höginkomsttagare är hög - de lämnar denna typ av områden och flyttar till högstatusområden där andelen höginkomsttagare

bland inflyttarna är högt. Nettoresultatet blir att andelen höginkomsttagare i yngre låginkomstområden minskar hastigt. Det äldre låginkomstområdet har ett utflyttningsnetto vilket betyder att de två selektionsmekanismerna här närmast tar ur varandra. De yngre högstatusområdena har ett inflyttningsnetto p g a att det här pågick småhusbyggande under observationsperioden. Även om inflyttningsnettot skulle kunna leda till ett sjunkande inkomstläge, medför inflyttningen av relativt många höginkomsttagare att nettoförändringen blir liten. För det äldre högstatusområdet finns det emellertid en viss nettoutflyttning p g a att unga här flyttar hemifrån och bildar eget hushåll. Detta medför i kombination med en inflyttning av relativt många höginkomsttagare att andelen höginkomsttagare totalt sett ökar.

Tabell 3.9

Andel personer med sjukfrånvaro över 14 dagar, tvärsnittsurval, bland in- och utflyttare och nettoförändring till följd av omflyttning

	Yngre lågstatus	Äldre lågstatus	Yngre högstatus	Äldre högstatus
Tvärsnitt	26,3	25,1	11,7	8,4
Inflyttare	26,0	27,0	17,3	21,4
Utflyttare	29,9	22,4	15,5	9,4
Nettoförändring	- 2,1	+ 2,0	+ 1,0	+ 0,8

Vad gäller sjukfrånvaron är skillnader i sjukfrånvaro mellan in- och utflyttare små varför de framräknade tendenserna därför blir osäkra. Utflyttarna från de yngre lågstatusområdena har i enlighet med vår hypotes en hög andel sjuka vilket tenderar att minska sjukfrånvaronivån där. Bland de många utflyttare från det äldre lågstatusområdet finner vi en mindre andel sjukskrivna. Det kan hänga ihop med att den höga utflyttningen från detta område i mindre utsträckning är uttryck för vantrivsel och i högre grad är betingat av att det i detta bostadsområde mest finns små lägenheter som är mindre lämpade för barnfamiljer. In flyttar istället en stor grupp ensamstående där andelen sjuka är relativt hög. I de äldre högstatusområdena flyttar det in en liten grupp med en frånvaronivå som jämfört med de bofasta är hög men som inte förmår att rubba den totala nivån i någon större utsträckning.

Det bör understrykas att de trender i befolkningssammansättningen som här har redovisats enbart gäller de förändringar som flyttningsmönstret ger. Hur befolkningssammansättningen faktiskt förändras med tiden beror på många andra faktorer. En sådan faktor är boendemiljön som gradvis kan tänkas påverka de bofastas hälsa.

3.6 Sammanfattning

Vi har i denna studie jämfört registerdata på ett urval av var 15:e född i Luleå (3 186 personer över 18 år) med data på alla som flyttade inom, till och från kommunen under en 10 veckors period 1977 (3 105 personer över 18 år).

Vi har funnit att sjukfrånvaronivån varierar kraftigt mellan olika typer av bostadsområden. Högst är den i yngre lågstatusområden, lägst i äldre högstatusområden. När vi tar hänsyn till inkomst, socialgrupp och ålder finns det kvar en viss skillnad mellan hög- och lågstatusområdena.

Det finns en mycket omfattande utflyttning från främst flerfamiljshus och det finns bland flyttarna en ökad andel med hög sjukfrånvaro jämfört med de kvarboende. Större delen flyttar till andra flerfamiljshus i kommunen medan en mindre del flyttar till enfamiljshus.

Att det bland den rörliga delen av befolkningen finns en hög andel sjukskrivna kan leda till att det i nybyggda områden med inflyttningsnetto blir en anhopning av sjuka. En sådan anhopning har således inte med miljön att göra där och är ofta ett övergående fenomen.

Under den period där vi studerat omflyttningen i Luleå har stadsdelar med hög frånvaronivå ett utflyttningsnetto medan stadsdelar med låg frånvaronivå har ett inflyttningsnetto. I denna situation tenderar den selektiva rörligheten till en utjämning av frånvaronivån i olika områden. Är det tvärtom så att det är sjuka områden som har ett inflyttningsnetto och friska områden som har utflyttningsnetto får vi motsatta effekten. Vilka områden som får in- respektive utflyttningsnetto beror bl a på var hushållssplittring, sanering och nybyggnation sker.

4. BOSTADSOMRÅDET HERSTÖN

Vid planeringen av Hertsön hade man som sagt (kap 1) beslutat att efterkomma den stigande småhusefterfrågan. Man var dock samtidigt uppmärksam på att detta kunde skapa problem beträffande service och kommunikationer. I avsikt att begränsa de kommunala följdinvesteringarna på småhuslägenheter och samtidigt upprätthålla en hög boendeservice valde man att låta småhusproduktionen ske i täta bebyggelseformer. Man ansåg dessutom att man i ett perifert exploateringsområde som Hertsön (5 km ifrån centrum) borde eftersträva att skillnaderna mellan flerfamiljshusboendet och enfamiljshusboendet så långt som möjligt eliminerades. Detta bedömdes att till en del kunna åstadkommas genom att flerfamiljshusbebyggelsen gavs en utformning som såväl i höjd som utbredning närmade sig de sammanbyggda småhusen. Således var de bostadspolitiska målsättningar i kommunens program för upphandling av totalentreprenaden för området. Kommunen hade inte tidigare byggt så stora totalplanerade bostadsområden, men kostnadsutvecklingen inom bostadsbyggandet under 60-talet hade tillsammans med en skönjbar mättnadssituation på bostadsmarknaden föranlett kommunen till att inbjuda de stora byggföretagen till en totalentreprenad av hela området inklusive serviceanläggningar.

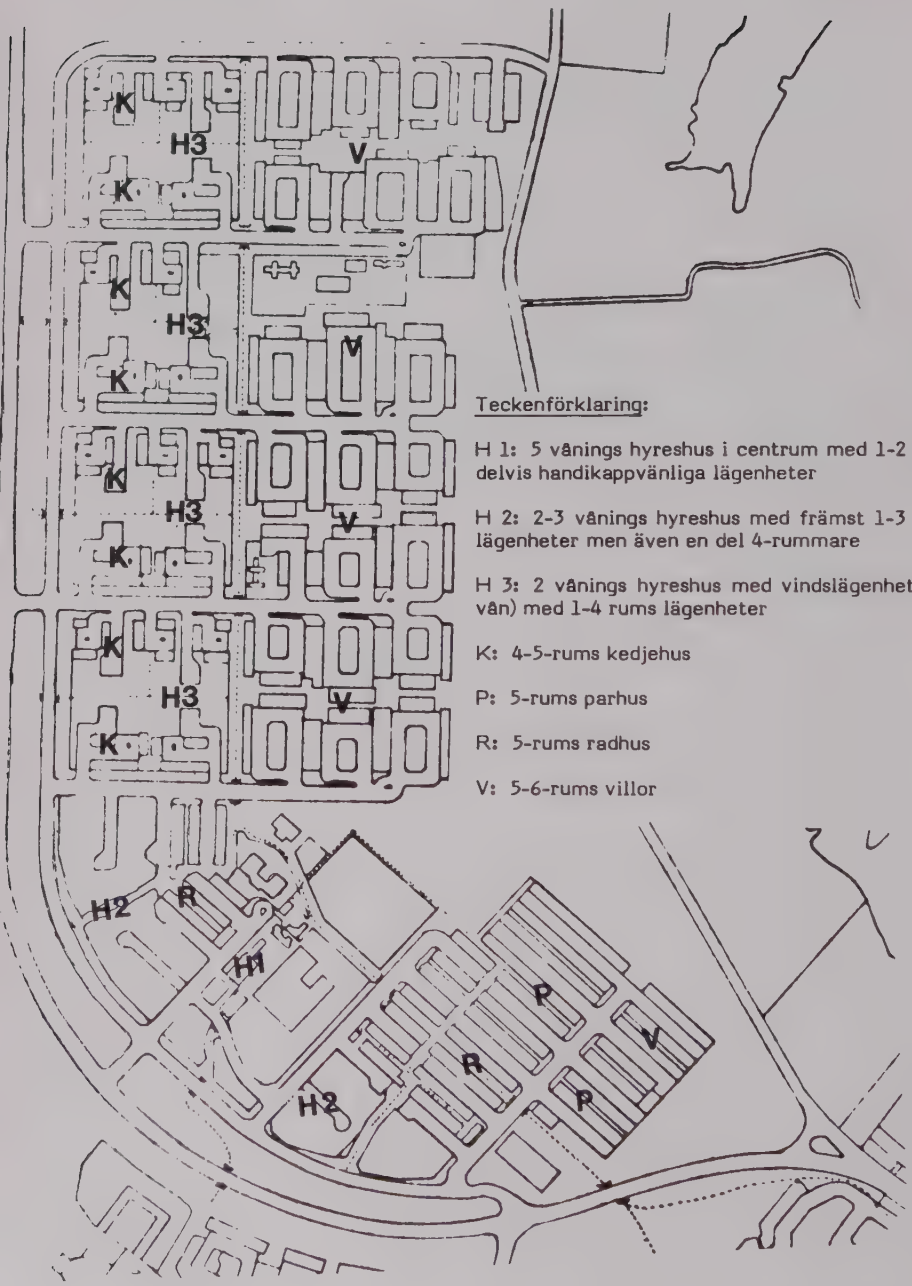
Resultatet blev att entreprenaden delades mellan två byggnadsföretag BPA och Platzer som under 1972-74 byggde

1 500 hyreslägenheter
350 radhus
350 kedjehus
300 villor

Boendeformerna blandades kvartersvis som illustrerad på figuren på nästa sida.

Härvid syftade man att minska den segregationseffekt som man annars befarade skulle bli resultatet av uppbyggnaden av stora områden med enbart småhus.

BOSTADSOMRÅDET HERTSÖN



Teckenförklaring:

H 1: 5 vånings hyreshus i centrum med 1-2 rums delvis handikappvänliga lägenheter

H 2: 2-3 vånings hyreshus med främst 1-3 rums lägenheter men även en del 4-rummare

H 3: 2 vånings hyreshus med vindslägenheter (3 vån) med 1-4 rums lägenheter

K: 4-5-rums kedjehus

P: 5-rums parhus

R: 5-rums radhus

V: 5-6-rums villor

Integrerad Centrum

Hyreshus och kyrka i Centrum

Hertsön var tidigare helt täckt av barrskogsvegetation, bortsett ifrån vissa mindre områden som var uppodlade lantbruksmarker kring Hertsö by. I detta område har efter färdigställandet av det stora bostadsområdet, fortsatt en viss bebyggelse av friliggande villor. Området avgränsas i västlig riktning till befintlig villabebyggelse men är i övrigt omgiven av stora skogsområden som i någon mån är användvara till friluftsliv (med skidspår e t c). I sydvästlig riktning är det nära till ett strandområde men vattnet är här starkt förorenat av järnverket som ligger endast två kilometer ifrån bebyggelsen. Härifrån kommer dessutom en del luftföroreningar speciellt ifrån koksverket.

Det mesta av den kommersiella och samhälleliga servicen är koncentrerad till ett område i stadsdelens ena ände. Här finns två livsmedelsbutiker, kiosk, sportaffär, post och frisör. En mindre livsmedelsbutik finns i andra änden av området. Men för att nå den övriga kommersiella servicen i Luleå måste man åka fem kilometer till centrum. Det går bussar ca var 20:e minut. Hertsö-centrum är ett s k integrerat centrum där man genom att samla all kommunal service söker få ett bättre utnyttjande av lokalerna. Här finns en hög- och mellanstadieskola för 700 elever. I nära anslutning härtill finns en fritidsgård som drivs av Unga Örnar, ett fritidshem för 7-12 åringar samt ett bibliotek. Såväl fritidsgården som biblioteket utnyttjas av skoleleverna på den fria tiden under skoldagen. Detta är en av ideérna med integrerade centrum, men det stora antalet barn är samtidigt en belastning för dessa institutioner som därvid får svårare att fungera för övriga människor i området. Det finns även badhus och sporthall som utnyttjas av alla åldrar. Idrottsbanor har senare byggts. En kyrka med församlingshem finns i centrum. I centrum finns även ett fem-våningars hyreshus med 32 lägenheter. Dessa lägenheter är främst planerade för äldre och rörelsehindrade som är i starkt behov av närheten till service. I huset finns även servicekontor för den kommunala stiftelse som är hyresvärd samt för kvarterspolisen.

Knappt hälften av Hertsöns befolkning bor i ett område där man i kvarteret har blandat 2-3 våningshyreshus med 2 våningskedjehus. Syftet har varit att härmed minska de fysiska skillnaderna i de två boendeformerna och samtidigt integrera boendeformerna geografiskt. Denna del av området har byggts av Platzer AB.

Svarande till att det i hyreshusen främst finns 1-4 rums lägenheter och i småhusen 4-5 rums lägenheter blir familjestrukturen olika:

Tabell 4.1

	Hyreshus (Platzer)	Kedjehus
Andel vuxna under 30 år	58,7	32,1
Andel ensamboende	25,7	10,1
Andel med barn (0-18 år)	51,0	69,0
Andel invandrare (finska)	15,3	7,3
N=	1557	548

Andelen yngre, ensamboende och familjer utan barn samt invandrare är betydligt lägre i hyreshusen.

Blandning av boendeformer. Hyreshus(Platzer) och kedjehus.

Tabell 4.2

	Hyreshus (Platzer)	Kedjehus
Socialgrupp I	5,6	15,2
Socialgrupp II	23,5	42,2
Socialgrupp III	70,9	42,6

Boendeformen är bestämmande för den betydande skillnad i yrkessammansättningen som här är illustrerad med socialgruppsfördelning.

Nordväst respektive söder om detta område finns två bebyggelser med något mera kontrasterande miljö. I ena området finns en tät bebyggelse med 2-3 vånings tegelhus med 1-4 rums lägenheter. I andra området finns enplans friliggande villor med betydligt större tomtareal än de nyss beskrivna kedjehusen. Villorna har genomgående 5 eller 6 rum.

Tabell 4.3

	Hyreshus (BPA)	Villor
Andel vuxna under 30 år	57,6	13,3
Andel ensamboende	26,7	4,0
Andel med barn (0-18 år)	51,9	85,6
Andel invandrare (finska)	12,8	4,7
N=	915	726

Dessa två bostadsmiljöer kontrasterar något mer i fysiskt hänseende än de två föregående. Motsvarande ser vi en större skillnad i befolkningssammansättningen.

Tabell 4.4

	Hyreshus (BPA)	Villor
Socialgrupp I	2,8	17,5
Socialgrupp II	21,3	45,1
Socialgrupp III	75,9	37,4

Vi ser även att den socioekonomiska segregationen blir tydligare antagligen beroende på att villorna är dyrare och hyreshuskvarteret har sämre status än de hyreshus som var integrerade med kedjehus.

Utöver dessa fyra typer av bostäder finns det ett mindre område med stora radhus av samma standard som villorna samt ett centrumhus med små delvis handikappanpassade lägenheter.

Hyreshus (BPA) och villaområde

Även om man vid byggandet av Hertsön har strävat efter att minska skillnaderna mellan enfamiljshus och flerfamiljshus i fysiskt avseende har man kraftiga skillnader i befolkningssammansättningen mellan de olika kvarteren. Skillnader i lägenhetsstorlekar och upplåtelseform mellan de två boendeformerna leder till att man även inom en likartad fysisk miljö får skillnader i social miljö.

För Hertsön som helhet kan man säga att jämfört med många av 60-talets förorter i landet har det här skapats en boendemiljö med förhållandevis god service, kollektiva utrymmen för lek och grannsamvaro. Bristen på barnomsorg är dock allvarlig. I och med att man har blandat olika upplåtelseformer inom samma bostadsområde har man undvikit en social segregation som drabbat skola, service m m. Kvar blir dock en segregation som antagligen påverkar närmiljön i kvarteren.

5 FLYTTNING OCH SJUKFRÅNVARO

Vi ska här redovisa samband mellan flyttning och sjukfrånvaro bland de som flyttat till Luleå från andra kommuner och bosatt sig på Hertsön.

5.1 Material och metoder

Vid insamling av retrospektiva data om hälsotillståndet finns olika metoder att tillgripa:

1) Insamling av uppgifter om symtom och sjukdomar genom intervju. Antagligen är det dock mycket svårt att få tillförlitliga uppgifter flera år tillbaka. Redan 4 veckor efter läkarbesök finns det en underrapportering på 40 % av kroniska sjukdomar och besvär som behandlats vid besöket. (Se Brorsson 1980 för en översikt).

2) Uppgifter om sjukvårdskonsumtion genom sökning i jorunalregister. Eftersom det vid studiet av flyttare är nödvändigt att söka i ett stort antal journalarkiv i olika delar av landet, och det på sina håll bl a i storstäderna är mycket svårt att få en samlad bild av sjukvårdskonsumtionen, är inte heller denna väg användbar.

3) En tredje möjlighet är att använda sig av försäkringskassans uppgifter om sjukfrånvaro. Under perioden 1955-1975 förde försäkringskassorna s k F-kort på alla personer över 15 år med angivande av alla sjukskrivningstillfällen med datum, diganos och antal sjukdagar. Dessa F-kort följde individen vid flyttning, vilket är en stor praktisk fördel för våra syften. Validiteten av diagnosuppgifterna är antagligen låg, men reliabiliteten jämfört med enkät eller intervjuuppgifter om hälsotillståndet är antagligen ganska god (se Appendix A). För personer som inte yrkesarbetar är sjukfrånvaro från arbetet ett särskilt osäkert mått på ohälsa genom att t ex hemmafruar sällan sjukskriver sig när de är sjuka. Vi har därför endast gjort analyserna på personer som har inkomst av anställning. Dessutom torde sambandet mellan sjukfrånvaro och hälsotillstånd variera beroende på vilket arbete man har och kanske även på ortstypen man bor i. Således är sjukfrånvaro större i mer urbaniserade områden utan att detta säkert kan sättas i samband med ett sämre hälsotillstånd i klinisk bemärkelse. Vi har dock trots dessa invändningar utgått ifrån att sjukfrånvaro är ett brukbart mått på yrkesarbetande människors bedömning av sitt hälsotillstånd mot bakgrund av situationen i arbetet och i hemmet.

Dessutom ger försäkringsregistret möjligheter att göra longitudinella studier som bör tas till vara just för studier av flyttningens effekter som annars är tekniskt besvärligt. Samtidigt har borttagandet av diagnosregistrering i F-registret fr o m 1976 betytt att undersökningar av detta slag blir mycket besvärligare i framtiden.

Den metod som har använts i flera av de refererade undersökningarna om flyttning och sjukdomsmönster är insamling av retrospektiva data om flyttning på en grupp patienter med eller utan användande av friska matchade kontrollfall. Som vi har sett har dessa metoder kunnat fastställa ett samband mellan flyttning och mentalsjukdom, men har inte kunnat avgöra kausalitetsfrågan. En optimal metod skulle vara att prospektivt följa en panel och studera vilka som flyttade och vilka som stannade kvar och sedan följa förändringar i sjukdomsmönstret i de två grupperna. Detta

stöter emellertid på en del praktiska svårigheter eftersom det tar lång tid, och är svårt att spåra patienter för intervju eller insamlande av vårdkonsumtionsdata efter flyttning.

Vi har använt vad man kan kalla en retrospektiv panelstudie där undersökningspopulationen består av alla som flyttat till en stadsdel i Luleå under viss period. För undersökningspopulationen har insamlats data om sjukfrånvaro före och efter flyttning. Matchade kontrollfall har utvalts som den förste man stöter på i försäkringsregistret (=befolkningsregistret) som är lika flyttaren vad beträffar kön, ålder och försäkringsklass (anställd eller inte anställd) men som skiljer sig vad beträffar vår oberoende variabel genom att ha stannat kvar i den kommunen som flyttaren till Luleå lämnade. Denna metod kombinerar alltså den retrospektiva teknikens tidsmässiga fördelar med den prospektiva metodens möjligheter att studera selektion och före/efter-skillnader.

Vår utgångspopulation är alla invånare under 16 år som den 1 januari 1976 var skrivna i stadsdelen Hertsön i Luleå. I denna delstudie om flyttning och sjukfrånvaro har vi koncentrerat oss på de 51 % av befolkningen som flyttat till Luleå från annan kommun under de föregående fem åren d v s 1971-1975.

Genom att utgå från ett tvärsnittsurval i stället för att samla alla som flyttat under en viss tidsperiod får vi en grupp som inte är helt representativ för alla som flyttat till området under perioden.

I och med att Hertsön är byggd under perioden 1971-75 representerar befolkningen 1976 en grupp som är mera rörlig än kommunens befolkning i stort, men samtidigt betyder den avflyttning som hunnit ske från bostadsområdet ett bortfall i förhållande till hela den grupp som under femårsperioden har flyttat till området. Som vi såg i kapitel 3 är detta bortfall snedfördelat bl a vad gäller sjukfrånvaro jämfört med ett tvärsnittsurval. Bostadsområdet Hertsön består av såväl nybyggda hyreshus som småhus. Som framgick av tabell 3.9 tycks flyttningsrörelserna i de två typerna av område delvis ta ut varandra. Möjligen kan det dock ha skett en viss minskning av andelen sjukskrivna.

Ålderssammansättningen karakteriseras av att hela 43 % av den vuxna befolkningen är under 35 år vilket motsvarar vad som gäller för flyttare inom landet i övrigt (SCB 1974). Socialgruppssammansättningen är typisk för landets befolkning: socialgrupp I:II:III fördelar sig som 1:3:6. Andelen ensamstående är 30 % i vår undersökningspopulation vilket är betydligt mindre än vad vi finner bland övriga flyttare i landet. Detta beror antagligen på att lägenhetsbeståndet i det aktuella bostadsområdet omfattar få små lägenheter som lämpar sig för ensamstående.

Sammanfattningsvis kan vi säga att även om gruppen inte är utvald slumpvis är den representativ för landets befolkning vad gäller socialgrupp. Jämfört med inrikesflyttare totalt är gruppen representativ vad gäller ålder, medan ensamstående är klart underrepresenterade.

Även om bostadsområdet byggdes färdigt under 1975 har redan en del hunnit flytta därifrån. Denna utflyttning är säkerligen selektiv i den meningen att människor som vantrivs och troligen även personer med hög sjukfrånvaro på grund av sociala och medicinska problem är överrepresenterade bland utflyttarna. I ett tvärsnittsurval är denna grupp alltså underrepresenterad jämfört med en grupp som flyttat under en avgränsad tidsperiod.

Av de 2 194 personer i stadsdelen Hertsön som hade flyttat till Luleå under de senaste fem åren innan tvärsnittet togs har endast 1 306 bott i kommunen över 1 år efter flyttningen och endast 901 två år och 645 tre år. Detta betyder att observationstiden efter flyttning är varierande från person till person.

För var och en av de 1 306 individer som bott minst 1 år i Luleå har vi från försäkringsregistren på de ca 250 lokalkontor som flyttarna hade tillhört innan de kom till Luleå, ett kontrollfall av samma kön, ålder (inom 5 årsintervall) och försäkringsklass (indelad i kategorin: anställd/icke anställd de tre åren före flyttningen). Vi lyckades insamla kontrollfall till 95,7 % av flyttarna. I de analyser som görs i de följande avsnitten utgår vi från en population av 971 flyttare där vi har lyckats välja ett kontrollfall, där vi har uppgift om socialgrupp och utflyttningsort och där individen haft sjukpenninggrundande inkomst under observationsperioden.

På hela populationen skaffades uppgift om datum för flyttning till Luleå från pastorsexpeditionen och från försäkringskassan skaffades F-korten på alla individer (flyttare och kvarstannare). Varje sjukfall har kodats med angivande av diagnos (enl en 3-siffrig förenkling av Socialstyrelsens öppenvårdskod (Socialstyrelsen 1970) och antal sjukdagar. Sjukfrånvaron har kodats årsvis med utgångspunkt i flyttningsdatum från 3 år före flyttning fram t o m 1975 när F-korten upphörde att föras d v s högst 3 år efter flyttning. För varje kontrollfall som stannade kvar i utflyttningskommunen har sjukfrånvaron kodats på precis samma sätt 3 år före och maximalt 3 år efter det datum flyttaren kom till Luleå.

Vid redovisningen har sjukskrivningsdiagnoserna ordnats enligt diagnosklassificeringens kapitel. Socialstyrelsens öppenvårdskod omfattar ett stort antal symtomdiagnoser som är lämpade för primärvårdens behov eftersom man ofta där vid första kontakten med patienten inte kommer fram till en definitiv diagnos. Samma gäller i hög grad för de diagnoser som läkarna anger på sjukintygen. Men det gäller naturligtvis i ännu högre grad för de symtom och sjukdomsbeteckningar som människor själva anger vid korta sjukfall utan läkarkontakt.

Socialstyrelsens kod är ordnad efter organsystem och vi har fört symtomdiagnoserna till det kapitel som omfattar vederbörande organsystem. Hur detta har gjorts framgår av Appendix B.

Vår hypotes är att psykiska och psykosomatiska sjukdomar och symtom visar särskilt tydligt samband med flyttning. Sjukdomar och symtom under kapitel V (mentala rubbningar) bl a till följd av underrapportering är en mycket liten grupp. Vi har bl a därför från de övriga kapitlen uttagit en rad diagnoser och symtom där det psykosomatiska inslaget på basis av tidigare forskning antas vara särskilt starkt. Grupperingen är självklart mycket arbiträr eftersom det inte finns någon vedertagen avgränsning av vad som kan betecknas som psykosomatiska symtom och sjukdomar.

Följande symtom och diagnoser ingår i denna grupp:

305 organ neuros, psykosomatiska besvär, 306 sömnbesvär, 401 hypertension ess ben., 493 asthma bronchiale, 532 ulcus duodeni, 535 gastrit och duodenit, 564 funktionsrubbning i tarmen, kolon irritabile, 626 dysmenorré, 627 klimakteriella besvär, 780 yrsel m m, 781 öronsusningar m m 782 hjärtbesvär, bröstsmärtor, hjärtklappning, 784 illamående, 785 magont, magbesvär m m.

Kodningen av diagnos från sjukintygen har gjorts av författaren. Som det framgår ovan ingår det många lekmannatermer som endast med stor osäkerhet kan kodas. Många av symtomkoderna som Socialstyrelsen har angivit har således fått ett något vidgat innehåll i förhållande till vad som avsetts i Socialstyrelsens förteckning.

Andelen ensamstående (icke gifta) är i flyttargruppen 29,8 %. Det ska påpekas att det här rör sig om det formella civilståndet medan den verkliga familjesituationen ofta är en annan. Som redovisats i kapitel 6 har vi i en enkät bl a frågat befolkningen på Hertsön om de är sammanboende med annan vuxen eller inte. Hälften av de som är formellt ensamstående visar sig bo tillsammans med annan vuxen person. För våra kontrollfall av kvarstannare har vi emellertid endast F-kortets uppgifter och civilstånd varför vi här måste använda denna uppgift för en jämförelse. Som framgår av tabell 5.1 är flyttarna mindre ofta ensamstående än de som stannar kvar.

Tabell 5.1

Andel ensamstående och andel socialgrupp III bland flyttare och kvarstannare, fördelade på uflyttningsort

		Andel ensamstående	Andel socialgrupp III	N
Storstäder m m (H1-H4[1])	Flyttare	16,9***	54,5	510
	Kvarstannare	50,0	52,8	483
Norra tätbygd (H5)	Flyttare	35,6	40,7*	177
	Kvarstannare	41,1	53,0	168
Norra glesbygd (H6)	Flyttare	49,3	67,6	284
	Kvarstannare	52,0	64,9	271
Total	Flyttare	29,8***	55,3	971
	Kvarstannare	38,5	56,4	922

N anger antal individer där uppgift om såväl civilstånd och socialgrupp har kunnat kodas.

Skillnad mellan flyttare och kvarstannare signifikant CHI2, fg=1,* P < 5 %, ** P < 1 %, *** P < 0,1 %

Symbolerna *, **, *** har samma betydelse i alla tabeller i detta kapitel.

1) Vi har uppdelat landets kommuner enligt ERU:s H-regionsindelning som bygger på det lokala och regionala befolkningsunderlaget (se Apppendix C).

Selektion enligt civilstånd varierar beroende på utflyttningsortens urbaniseringsgrad. Ju större städer ju färre ensamstående bland såväl flyttare som kvarboende. Detta är delvis ett resultat av att flyttarna och därmed också kvarstannarna från större städer är äldre än de som kommer från glesbygden.

Socialgruppssammansättningen är likartad bland flyttare och kvarstannare totalt. Men även här framkommer skillnader när vi jämför flyttarna från olika ortstyper. Från Norra tätbygd som domineras av flyttare från universitetsorten Umeå kommer relativt få av socialgrupp III, medan det från glesbygden kommer hög andel av socialgrupp III, vilket knappast kan överraska.

Det bör här påpekas att uppgifter om såväl civilstånd och socialgrupp är de som är aktuella efter flyttning till Luleå och att de naturligtvis kan ha förändrats i samband med flyttning.

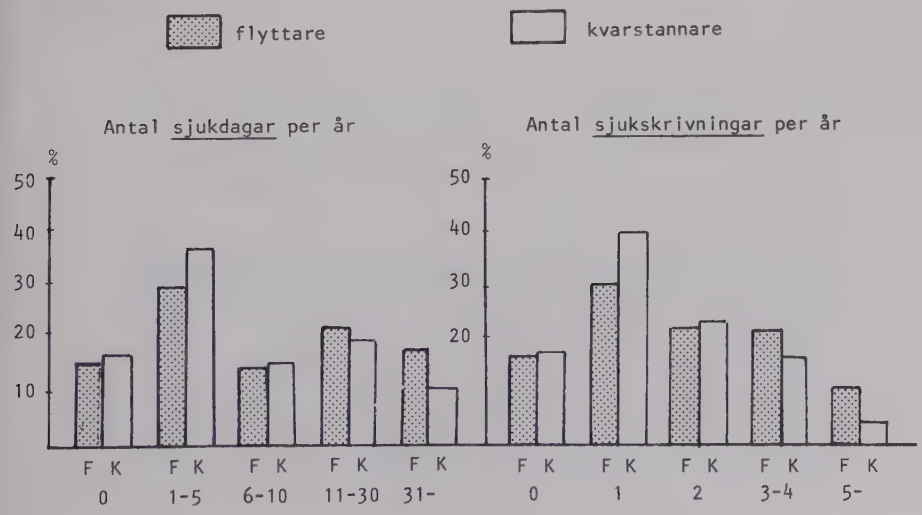
Man kan kort karakterisera inflyttning till Luleå således att unga, ensamstående outbildade flyttar från glesbygden medan äldre gifta och bättre utbildade flyttar främst från Stockholms län, järnbruksorter i mellansverige och utbildningscentret i Umeå.

5.2 Selektion beträffande sjukfrånvaro

För att beskriva hur flyttare skiljer sig från de som stannar kvar på utflyttningsorten vad gäller sjukfrånvaro har vi uträknat sjukfrånvaron pr år 3 år innan flyttning till Luleå. Fördelningen för de två grupperna har redovisats i fig 5.1.

Fig 5.1

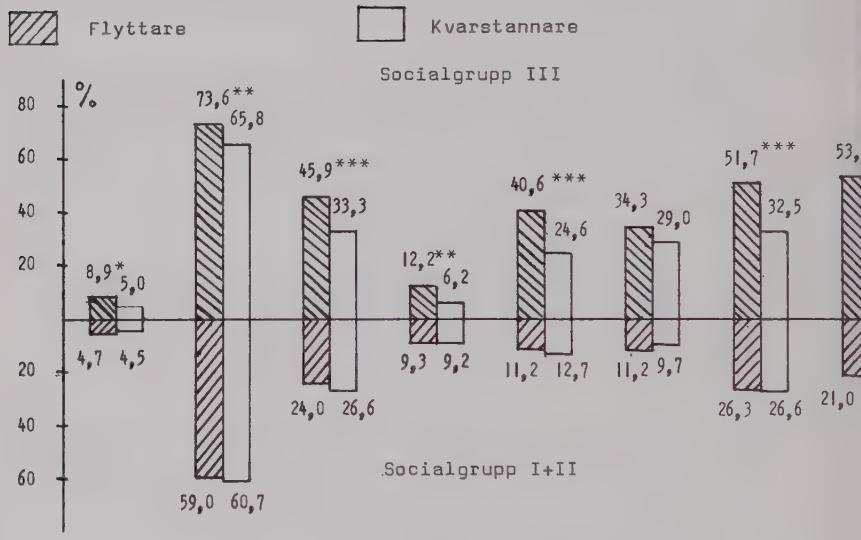
Sjukfrånvarofördelning räknad i antal sjukdagar och antal sjukfrånvarotillfällen per år 3 år före flyttning till Luleå för flyttare och kvarstannare.



Vi ser här att personer med hög sjukfrånvaro är överrepresenterade bland flyttarna oavsett om vi räknar frånvaron i antal dagar per år eller i antal sjukskrivningstillfällen per år. Andelarna med frånvaro över 30 dagar eller över två sjukskrivningar per år är signifikant högre bland flyttarna (CHI2, P < 0,1 %).

Figur 5.2

Andel personer med sjukfrånvaro inom olika diagnosgrupper 3 år före flyttning bland flyttare och kvarstannare fördelade på socialgrupp. Skillnaden mellan flyttare och kvarstannare har testats med hjälp av CHI2-test. Signifikans har markerats efter siffrorna för flyttare. *p < 5 %, **p < 1 %, ***p < 0,1 %.



V: Mentala rubbningar
VIII: Andningsorg sjukdomar
IX: Matsmältningsorg sjukd
X: Urogenitalorg sjukd
XIII: Rörelseorganens sjukdomar
XVII: Skador
P.S.: Psykosomatiska sjukdomar och symtom (se bilaga A)

Total: Andel med sjukfrånvaro över 10 dagar/år för alla diagnoser sammanlagt.

På figur 5.2 har vi sedan illustrerat på vilket sätt flyttningen är selektiv vad beträffar diagnosmönstret i sjukskrivningsregistret. Som anförts kodade vi alla sjukfall med diagnos. Vi har sedan uträknat hur stor en del av populationen som 3 år innan flyttning varit sjukskrivna för diagnoser inom diagnosklassifikationens olika huvudgrupper (ICD kapitel). Endast huvudgrupper med en frekvens över 3 % har medtagits i figuren.

Det framgår av figur 5.1 att flyttarna har haft ökad förekomst av sjukskrivningar för en lång rad olika sjukdomsgrupper. Skillnaden är påtaglig när det gäller matsmältningsorganens och rörelseorganens besvär. Tydligast blir dock selektionen när vi urskiljer sjukdomar och besvär av mera psykosomatisk karaktär.

Vi har tidigare pekat på betydelsen av att skilja på olika typer av flyttningar och deras effekter på olika grupper.

Vi ser på figur 5.1 att det är endast bland socialgrupp III som flyttarna utgör ett urval med avseende på sjukfrånvaro.

I tabell 5.2 har vi redovisat sjukfrånvaromönster för flyttning fördelat på utflyttningsort och socialgrupp. De tre grupperna av utflyttningsorter varierar i urbaniseringsgrad och samtidigt med avseende på arbetsmarknad. De som flyttar från glesbygden kommer ofta för att få arbete och utbildning i Luleå. Medan de som flyttar från storstadsområdena antagligen oftare kommer för att t ex få en bättre boende- och fritidsmiljö.

Tabell 5.2

Andel flyttare med sjukfrånvaro 3 år före flyttning för olika sjukdomsgrupper. Signifikanta avvikelser jämförda med kvarstannarna av samma socialgrupp och från samma ort har markertas med *. 1)

	Storstad m m		N Tätbygd		N Glesbygd	
	I + II	III	I + II	III	I + II	III
V 1)	5,6	9,7	2,9	11,1	4,3	6,8
VIII	67,2	78,1**	48,6	70,8	50,0	68,2
IX	25,9	46,0**	21,9	48,6	21,7	44,8*
X	6,5	12,6	15,2	9,7	9,8	12,5
XIII	11,6	46,4***	5,7	33,3*	16,3	34,9
XVII	11,6	30,6	10,5	45,8***	10,9	35,4
P.S.	29,3	53,6***	22,9	52,8*	22,8	48,4***
TOTAL	23,7	57,2***	19,0	54,2**	16,3	47,9*
Antal flyttare	232	278	105	72	92	192

1) Förklaring se figur 5.2. Vid alla signifikanta avvikelser är flyttarna oftare sjukskrivna än kvarstannarna.

Av tabell 5.2 framgår att det är främst socialgrup III från storstäderna som innan flyttning varit mera sjukskrivna. Selektionen finns inom flera diagnosgrupper men särskilt tydlig är den inom kapitel XIII (rörelseorganen). Sjukfrånvaro med denna typ av besvär är här vanlig även jämfört med de övriga flyttargrupperna. Att selektionen finns tydligast för socialgrupp III från storstäder stödjer hypotesen att dessa flyttningar ofta kan vara ett svar på en påfrestande situation i arbetet eller boendet medan det bland flyttarna från glesbygden ofta är brist på arbete som utlöser flyttning. Arbetslösa sjukskriver sig antagligen inte så ofta vid sjukdom. Bland socialgrupp III från norra tätbygd är sjukfrånvaro för skador vanligt vilket kan bero på att det i denna grupp finns många byggnadsarbetare. Socialgrupp III från glesbygd är mera sjukskrivna för psykosomatiska besvär, men totalt sett är skillnaden i frånvaro jämfört med de som sedan stannar kvar mindre.

För att komplettera bilden ska vi redovisa hur selektionen är med avseende på kön och civilstånd.

Tabell 5.3

Andel med sjukfrånvaro 3 år före flyttning för vissa diagnosgrupper fördelade på kön och civilstånd. Endast socialgrupp III. Signifikant högre andel jämfört med kvarstannare markerade med *.

	Gifta		Ej gifta	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
IX	48,9***	32,7*	49,6***	50,0
XIII	45,0***	31,7	36,6*	46,9
P.S.	53,2***	44,6***	57,7***	37,5
Total	54,0***	55,4*	49,6	59,4*
Antal flyttare	278	101	123	32

Vi har i tabell 5.3 för överskådlighetens skull koncentrerat oss på socialgrupp III och de diagnosgrupper där det finns en tydlig selektion. Skillnaderna mellan flyttare och kvarstannare är genomgående något större bland männen. För de psykosomatiska besvären är den särskilt hög bland ensamstående män.

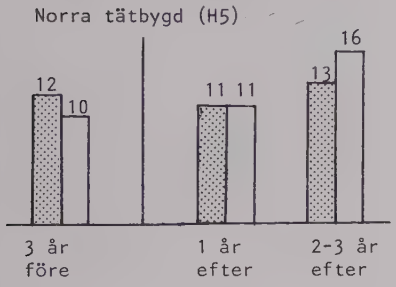
5.3 Effekter av flyttning

Vi har följt flyttarnas sjukfrånvaro före och efter flyttning och parallellt uträknat frånvaron hos de matchade kontrollfall som stannade kvar under samma tidsperiod. Det sker inte några betydande förändringar av sjukfrånvaron räknat som antal dagar per år efter flyttning (Se fig 5.3). Ser vi däremot på antal sjukskrivningar per år framstår det en tydlig tendens till att flyttarna från större städer och från glesbygd har en ökad sjukskrivningsfrekvens efter flyttning (Se fig 5.4). För flyttare ifrån Norra tätbygd där förändringen är minst vad gäller avstånd och tätortsgrad är sjukfrånvaron opåverkad för flyttarna medan de som stannar kvar uppvisar en viss ökning.

Figur 5.3

Antal sjukfrånvarodagar per år per person med inkomst av anställning före och efter flyttning.

Uträkning har skett separat för flyttare och kvarstannare från olika ortstyper. Skillnader i socialgruppssammansättning har eliminerats genom att uträkna medelvärdet för socialgrupp I + II och III.



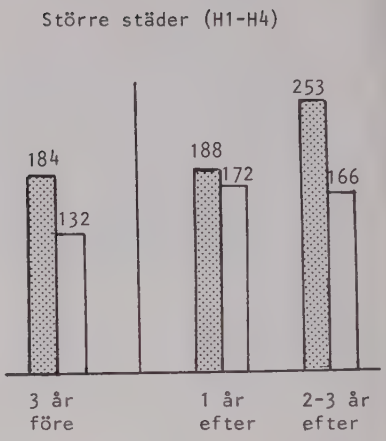
Figur 5.4

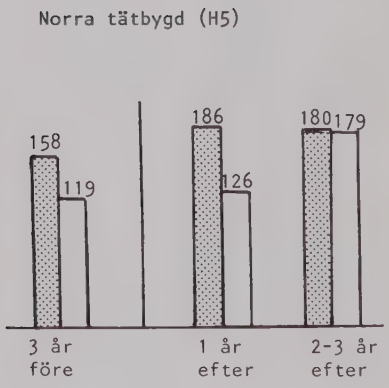
Antal sjukskrivningar per år per 100 personer med inkomst av anställning före och efter flyttning.

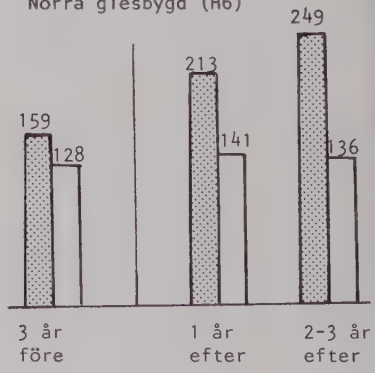
Uträkning som i fig 5.3.

Flyttare

Kvarstannare



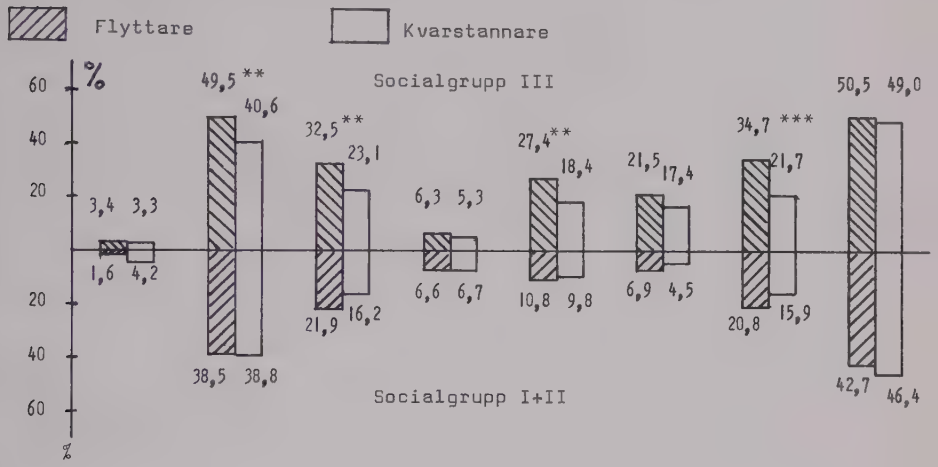




I figur 5.5 har vi redovisat andel personer med ökad sjukfrånvaro i dagar per år 3 år efter flyttning jämfört med 3 år före.

Figur 5.5

Andel personer med ökad frånvaro (dagar per år) inom olika diagnosgrupper 3 år efter flyttning jämfört med 3 år före. Skillnader mellan flyttare och kvarstannare har markerats med *.



V: Mentala rubbningar
VIII: Andningsorganens sjukd
IX: Matsmältningsorg sjukd
X: Urogenitalorganens sjukd
XIII: Rörelseorganens sjukdomar
XVII: Skador
P.S.: Psykosomatiska sjukdomar och symtom

Total: Andel med ökad sjukfrånvaro för alla diagnoser sammanlagt.

Här finner vi att endast socialgrupp III drabbas av ökad frånvaro i samband med flyttning. Andelen flyttare med ökad frånvaro är framförallt hög för sjukdomar inom matsmältningsorganens och rörelseorganens sjukdomar och symtom. Återigen finner vi att skillnaden blir mest markerad om man skiljer ut en grupp av psykosomatiskt dominerade besvär. Totalt sker dock ingen ökning av antal sjukdagar jämfört med de som stannar kvar.

Tabell 5.4

Andel personer med ökad frånvaro 3 år efter flyttning jämfört med 3 år före. Fördelning på utflyttningsort och socialgrupp. Signifikanta avvikelser från kvarboende har angivits med *.

	Storstad m m		N Tätbygd		N Glesbygd	
	I + II	III	I + II	III	I + II	III
V	0,5**[a)]	4,8	4,2	1,5	1,2	2,3
VIII	38,2	50,6**	34,7	42,4	43,8	50,6
IX	23,0	27,1	15,8	34,8	26,2*	39,2**
X	7,4	8,0	8,4	6,1	2,5	4,0
XIII	12,7	29,1***	9,5	25,8	7,5	25,6*
XVII	5,9	21,1	5,3	13,6	11,2	25,0
P.S.	22,1	28,3	12,6	34,8*	27,5*	43,8***
TOTAL	40,2	48,2	45,3	53,0	46,2	52,8
Antal flyttare	204	251	95	66	80	176

a) Här är andelen med ökad frånvaro signifikant mindre för flyttarna än för kvarstannarna - för alla övriga signifikanta avvikelser är det flyttarna som har den största andelen med ökad frånvaro.

I tabell 5.4 ser vi att socialgrupp III från glesbygd oftare har ökad frånvaro inom diagnosgrupperna VIII (andningsorganen), inom IX (matsmältningsorganen) och XVII (skador) samt den psykosomatiska gruppen jämfört med andra flyttargrupper. Främst vad gäller de psykosomatiska symtomen (där symtom från kap IX är en stor grupp) är skillnaden för kvarstannarna signifikant. För rörelseorganens sjukdomar (kap XIII) är ökningen signifikant för socialgrupp III från storstäder och denna grupp har även en betydande ökning av andningsorganens sjukdomar och symtom. För socialgrupp I och II ifrån storstäder finns det en anmärkningsvärd liten ökning vad gäller psykiska symtom jämfört med de som stannar kvar.

En ökning bland de som flyttar från glesbygd till Luleå stad behöver i och för sig inte ha med flyttning att göra utan kan avspegla det förhållande att livet i staden av olika skäl leder till högre frånvaro. Att det är så lite förändringar bland de som flyttar från samhällen av samma urbaniseringsgrad (H5) som Luleå stöder detta antagande. Å andra sidan är flyttning för dem ofta geografiskt kortare och präglat av färre förändringar. Det är emellertid anmärkningsvärt att även de som flyttar från större städer till ett mindre urbaniserat område som Luleå också i många fall uppvisar ökad frånvaro.

5.4 Riskgrupper

Vi har redan sett att socialgrupp III genomgående uppvisar kraftigare ökning av frånvaron än socialgrupp I och II. I så mån kan denna grupp betecknas som en riskgrupp med avseende på ökad frånvaro i samband med flyttning. Det är här anmärkningsvärt att flyttarna ur socialgrupp III redan innan flyttning är mera sjukskrivna än de som stannar kvar.

Vi ska i detta avsnitt försöka peka på ytterligare några grupper som är speciellt utsatta.

I tabell 5.5 har redovisats fördelning enligt kön och civilstånd.

Tabell 5.5

Andel personer med ökad frånvaro 3 år efter flyttning jämfört med 3 år före. Fördelning på kön och civilstånd. Signifikant avvikelse från kvarboende markerat med *. Enbart socialgrupp III.

	Gifta		Icke gifta	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
IX	33,1**	24,1	38,8*	25,8
XIII	28,8*	13,9	35,5*	16,1
P.S.	33,8***	26,6	40,5**	38,7
TOTAL	48,1	48,1	57,0	51,6
Antal flyttare	260	79	121	31

Av tabell 5.5 framgår det att ensamstående män har genomgående höga andelar med ökad frånvaro. Jämfört med de kvarboende har männen genomgående signifikant oftare ökad frånvaro särskilt för psykosomatiska besvär. Även för de ensamstående kvinnorna finner vi hög andel med ökad frånvaro för psykosomatiska besvär men här är antalet för litet för att skillnaden ska bli signifikant.

Vi har som nämnts insamlat uppgifter ifrån socialvårdsmyndigheter på de som flyttade till Luleå. Liknande uppgifter på kontrollfallen har inte inhämtats. Den grupp som är aktuell hos socialvården efter flyttning till Luleå har antagligen i många fall även haft problem på den föregående orten.

Av tabell 5.6 framgår det att personer som är aktuella för socialhjälp och nykterhetsvård redan innan de flyttade oftare var sjukskrivna för flera olika sjukdomsgrupper.

Tabell 5.6

Andel med sjukfrånvaro 3 år innan flyttning för vissa diagnosgrupper bland flyttare till Luleå som efter flyttning är aktuella i socialvårdsregister.

	Social-hjälp	Nykterhets-vård	TOTAL
V Mentala rubbningar	16,4	14,0	7,0
IX Matsmältningsorganen	58,2	67,4	36,3
XIII Rörelseorganen	49,2	54,8	27,6
XVII Skador	38,5	51,2	24,1
Psykosomatiska symtom	61,5	69,8	40,5
TOTAL	48,4	53,5	39,1
Antal flyttare	122	43	971

Särskilt hög frånvarofrekvens hade personer som är aktuella i nykterhetsvårdsregistret. Frånvaro för rörelseorganens sjukdomar och skador är dubbelt så vanlig som för totalpopulationen. För de diagnosgrupper som inte redovisats är skillnaden betydligt mindre.

En rimlig hypotes skulle nu vara att de som redan innan flyttning har sociala problem drabbas hårdare av flyttning och de omställningsproblem som den för med sig.

Tabell 5.7

Andel personer med ökad frånvaro 3 år efter flyttning jämfört med 3 år före, för vissa diagnosgrupper fördelade på förekomst i socialregistret.

	Social-hjälp	Nykterhets-vård	TOTAL
V Mentala rubbningar	3,4	9,3	2,6
IX Matsmältningsorganen	39,3	37,2	27,9
XIII Rörelseorganen	39,3	41,9	20,2
XVII Skador	26,5	32,6	15,1
Psykosomatiska symtom	39,3	32,6	28,7
TOTAL	59,0	53,5	47,1
Antal flyttare	117	43	872

Av tabell 5.7 framgår det att de två socialt belastade grupperna har en betydligt kraftigare ökning för flera olika diagnosgrupper än vad totalbefolkningen har. Särskilt tydlig är ökningen av sjukfrånvaron för rörelseorganens sjukdomar och för skador för de som är aktuella i nykterhetsregistret. För de diagnosgrupper som inte redovisats och för sjukfrånvaron totalt

är skillnaden emellertid mindre. I och med att vi inte har uppgifter från socialvård på de som stannat kvar blir det emellertid omöjligt att verifiera hypotesen om att dessa grupper drabbas hårdare av flyttning. Siffrorna talar dock inte emot att vi har en sekvens: sociala problem ⟶ hög frånvaro ⟶ flyttning ⟶ ökad frånvaro.

Ett annat sätt att närma sig problemet med att avgränsa riskgrupper är att studera hur frånvaroförändring i samband med flyttning samvarierar med frånvaro innan flyttning. Är det de som redan innan flyttning var mera sjukskrivna som ökar sin sjukfrånvaro mest efter flyttning?

Det finns problem med att testa denna hypotes. Personer med låg frånvaro innan flyttning kan inte minska sin frånvaro till mindre än 0 dagar och personer med hög frånvaro kan inte öka den till mera än 365 dagar per år. Detta kan av rent aritmetiska orsaker leda till att vi får ett negativt samband mellan sjukfrånvaro innan flyttning och ökning i samband med flyttning. Detta gäller emellertid lika för flyttare och kvarboende. Man kan dock minska betydelsen av detta problem genom att studera diagnosmönstret mer än sjukfrånvarons kvantitet. I tabell 5.8 har vi således räknat fram andel personer med ökad frånvaro efter flyttning bland de som innan flyttning varit sjukskrivna inom en viss diagnosgrupp. Jämförelse kan ske med flyttargruppen totalt och med kvarboende som varit sjukskrivna inom samma diagnosgrupp.

Tabell 5.8

Andel personer av de som varit sjukskrivna 3 år innan flyttning för diagnos angiven i kolumn längst till vänster som efter flyttning har ökad frånvaro för diagnos angiven i översta raden. * anger att ökningen är signifikant större för flyttarna än för kvarboende.

		Andel med ökad frånvaro efter flyttning					Antal
		V	IX	XIII	P S	Total	flyttare
Andel med frånvaro innan flyttning är:	V	4,8	36,5	28,6	31,7	27,0	63
	IX	3,6	26,4	24,5	28,9	40,8	318
	XIII	4,2	32,7	26,1	35,3*	33,6	238
	P S	3,4	26,2	24,2	27,1	39,4	355
TOTAL		2,6	27,9	20,2	28,7	47,1	872

Vi ser i tabell 5.8 att personer som varit sjukskrivna för mentala rubbningar och rörelseorganens sjukdomar oftare uppvisar ökning för samma och andra diagnosgrupper efter flyttning. Samma tendens gäller emellertid för de som stannar kvar. Det är endast de som varit sjukskrivna för rörelseorganens sjukdomar och besvär som har en signifikant större ökning för psykosomatiska symtom bland flyttarna. Det kan här påminnas om att det bland personer som varit sjukskrivna för ryggont finns en överrepresentation av personer med alkoholproblem (se tabell 5.6). För övriga diagnosgrupper är mönstret likartat, i inget fall är skillnader mellan flyttare och kvarstanna-

re signifikanta. Ökningen totalt är som väntat mindre för de som redan innan flyttning varit sjukskrivna. Samma gäller om vi studerar varje socialgrupp för sig.

5.5 Diskussion

Vi har i denna delstudie koncentrerat oss på de 971 individer som var bosatta på Hertsön 1976, hade flyttat från annan kommun under de senaste fem åren, varit bosatt i Luleå minst ett år och haft sjukpenninggrundande inkomst av anställning.

Denna grupp har jämförts med matchade kontrollfall som är kvarboende på utflyttningsorterna och som har samma kön, ålder och försäkringsklass som flyttarna.

Vi finner att de som flyttat till Luleå redan innan flyttning är mera sjukskrivna än de som stannar kvar. Denna selektion är särskilt tydlig bland män och socialgrupp III som flyttar från städer större än Luleå (H1-H4). Det finns även en selektion bland socialgrupp III som flyttat från glesbygd och övriga städer i Norrland (H5-H6) men den är mindre markant. Ensamstående har oftare hög frånvaro innan flyttning men selektionen bland flyttare från storstäder kan inte förklaras med hänvisning till en hög andel ensamstående. Det är tvärtom relativt få ensamstående i denna grupp. Vi finner därför att data ger stöd åt hypotesen att de som flyttar från större städer ofta flyttar till följd av anpassningssvårigheter med påföljande sjukfrånvaro medan de som flyttar från glesbygden oftare flyttar för att få arbete och utbildning i Luleå. Det senare ger inte anledning till samma skillnad i sjukfrånvaro bland flyttare och kvarboende. Bland socialgrupp I + II finns ingen selektion. Denna skillnad mellan socialgrupperna kan antas bero på att människor ur socialgrupp III oftare flyttar p g a negativa förhållanden på utflyttningsorten (brist på arbete, tung arbetsmiljö eller bristfällig boendemiljö bl a) medan socialgrupp I + II oftare flyttar som led i en karriär. De senare flyttar till något bättre, de förra ifrån något sämre. (Se vidare avsnitt 6.2).

En annan möjlig förklaring är att i den mån sjukfrånvaro har samband med ett visst beteendemönster eller en viss "livsstil" och detta beteende har samband med såväl socialgrupp (vanligare i socialgrupp III) samt flyttningsbenägenhet (vanligare hos flyttare) leder det till ett skensamband mellan flyttning och sjukfrånvaro. Den ena förklaringen utesluter naturligtvis inte den andra.

När vi sedan jämför sjukfrånvaron 3 år efter flyttning med 3 år före bland flyttare och kvarboende finner vi att det särskilt bland socialgrupp III från glesbygden sker en ökning av psykosomatiska symtom. Det totala antalet sjukdagar per år ökar inte. Däremot ökar antalet sjukskrivningstillfällen per år efter flyttning för denna grupp. Även för socialgrupp III från större städer sker en viss ökning av sjukfrånvaron för besvär från andningsorganen och rörelseorganen.

Att sjukfrånvaron ökar bland de som flyttar till mera urbaniserade områden kan vara effekt av urbaniseringsgraden på inflyttningsorten (större företag, längre arbetsresor etc). Det behöver således inte bero på flyttningen i sig. Det samma kan dock inte sägas om de som flyttat från områden som är mera urbaniserade än Luleå. Den ökning av besvär ifrån andningsorganen och rörelseorganen som vi finner i denna grupp kan dock vara en effekt av arbetsmiljön på inflyttningsorten (stålverk, byggnadsverksamhet m m).

Bland socialgrupp I och II finns det ingen förändring av sjukfrånvaron i samband med flyttning. Att socialgrupp III och i ännu högre grad personer aktuella hos socialvården har större ökning av frånvaron än övriga kan ha flera förklaringar. En förklaring kan vara att flyttning betyder en större omställning för människor ur arbetarklassen eller för de som i övrigt har små resurser. Har man innan flyttning ett litet socialt kontaktnät koncentrerat till familjen kan det vara svårt att anpassa sig på en ny ort, jämfört med om man, som många tjänstemän, har en stor del av sin bekantskapskrets bland arbetskamrater (se vidare avsnitt 6.3). En annan möjlighet är att det bland socialgrupp III oftare finns människor som tvingats flytta och som därmed oftare tvingats ta mindre attraktiva arbeten och bostäder. En tredje möjlighet är att det bland flyttare ur socialgrupp III finns många med ett visst beteendemönster, missbruk, hög sjukfrånvaro etc som i samband med flyttning till områden med mindre social kontroll kan tänkas förändra detta beteende i riktning mot mera sjukfrånvaro, utan att det har med ökad ohälsa att göra. Även vad gäller de två senare förklaringarna kan flyttning tänkas påverka sjukfrånvaron med och utan en förändring av hälsotillståndet.

Detta ställer oss inför frågan om denna studie, baserad på sjukskrivning från arbete, kan användas för att dra slutsatser om sambanden mellan flyttning och ohälsa. Vi har i Appendix A konkluderat att sjukfrånvaron kan vara ett användbart mått på människors subjektiva hälsotillstånd under hänsynstagande till främst arbetsförhållandena. Det betyder att om arbetet förändras kan sjukfrånvaron förändras utan att det är uttryck för ett förändrat hälsotillstånd. Arbetsmiljö har emellertid ofta samband med flyttning. Dels får man anta att de som flyttar kanske redan innan flyttning har en sämre arbetsmiljö än kvarboende, dels får man anta att arbetsmiljön förändras i samband med flyttning.

Vad som ändå talar för att sjukfrånvaroändringarna i samband med flyttning är uttryck för ett förändrat hälsotillstånd är att sjukfrånvaron inte ökar generellt utan endast inom vissa diagnosgrupper. Det senare talar för att vi mäter resultatet av en förändrad symtombild till följd av flyttning eller till följd av miljön på inflyttningsorten. Det bör dock understrykas att vi bl a med tanke på den låga validiteten bland många diagnoser i sjukskrivningsregistret bör använda stor försiktighet när vi på basis av detta material uttalar oss om sambandet mellan flyttning och hälsotillstånd.

En sista fråga gäller i vilken mån den undersökta populationen är representativ för flyttningar i landet i övrigt. Vi har funnit att gruppen är representativ med avseende på ålder och socialgruppsfördelning, men att andelen ensamstående är låg. Eftersom de skillnader vi beskrivit genomgående är större bland ensamstående torde detta förhållande leda till att vi har underskattat de skillnader som finns i en grupp flyttare med flera ensamstående. Samma effekt torde det ha att vi har utgått från ett tvärsnitt där den rörliga befolkningen är underrepresenterad jämfört med en grupp av flyttare. Slutligen bör det understrykas att flyttningarnas selektivitet och effekt på människorna är starkt beroende av konjunkturer och på de orter mellan vilka flyttningarna sker. Det är således svårt att ange en grupp av flyttare begränsad i tid och rum som kan anses helt representativ. Flyttningar måste alltid ses i relation till sina specifika historiska och geografiska förutsättningar.

6.1 Material och metod

Vi har som utgångspunkt även för denna delstudie tagit ett fullständigt tvärsnitt av Hertsöns vuxna befolkning den 1 januari 1976. Ett register blev upplagt på alla 4 476 individerna över 16 år. Ifrån olika register och genom en postenkät blev en rad tvärsnittsdata insamlade:

- Ifrån Länsstyrelsens personband och pastorsexpeditionen fick vi uppgifter om hushållets sammansättning, födelseort, flyttningar, civilstånd och adress.

- Ifrån Socialregistret uppgifter om aktuell förekomst i socialhjälpsregistret, barnavårdsregistret och nykterhetsvårdsregistret.

- Ifrån Försäkringskassan uppgift om yrke, försäkringsklass och sjukfrånvaro med angivelse av diagnoser och dagantal för varje sjukfall 1971--75. (Se kapitel 5).

En postenkät inklusive finsk översättning distribuerades våren 1977 med frågor om sjukdomssymtom. Svarsprocent 80,6 % av de 3 734 som då bodde kvar av ursprungspopulationen.

Tabell 6.1

Redovisning av bortfall vid besvarande av postenkät.

	Svarat N=3008	Ej svarat N=726
Andel ensamboende	18,1	29,9***
Andel socialgrupp III	59,8	62,7
Andel socialhjälpstagare	16,2	25,7***
Andel i nykterhetsregistret	5,7	10,8***
Andel invandrare (Finskfödda)	11,0	9,8
Andel sjukskrivna över 14 dagar/år	30,1	32,5
Andel sjukskrivna över 5 ggr/år	2,8	5,6**

Sign: CHI2: Fg=1: ** P < 1 % *** P < 0,1 %

En bortfallsanalys visar att ensamboende och personer med socialhjälp och nykterhetsvård är vanligare i bortfallet. Däremot finns ingen skillnad vad gäller kön, nationalitet och socialgrupper. En analys av yrkessammansättning visade att byggnadsarbetare var den enda yrkesgruppen med ett klart större bortfall.

Sjukfrånvaron skiljer sig något. Andelen personer med frånvaro över 14 dagar 1975 skiljer sig obetydligt medan den lilla gruppen som varit sjukskrivna över 5 gånger det året är signifikant överrepresenterade.

En analys av diagnosmönster i sjukskrivningsregistret visar att endast andelen sjukskrivna för skador genom yttre våld är vanligare. Inga andra grupper inklusive psykiska och psykosomatiska besvär var vanligare förekommande i bortfallet.

Sammanfattningsvis kan vi säga att vi i förhållande till de 4 476 personer i utgångspopulationen har ett bortfall på 17 % av personer som flyttat från området. Hur de skiljer sig från de kvarboende har vi berört i avsnitt 3.5 och 5.1. För Hertsöns vidkommande är gruppen som flyttat troligen något oftare sjukskrivna än de som stannat kvar. Därtill kommer ett bortfall på 19 % av de kvarboende som tycks vara klart mera socialt belastade än de som svarat på enkäten. Det senare bortfallet kan knappast undvika att påverka resultaten. I vilken riktning denna påverkan sker ska vi ta upp under analysens gång.

Som indikator med geografisk rörlighet kan flera mått användas. Antal flyttningar under viss period är en möjlighet. Ett positivt samband med psykiska besvär kan här tolkas dels som en selektion dels som en effekt av belastningar i samband med flyttning. Bland de som nyligen har flyttat finns en överrepresentation av den rörliga delen av befolkningen som antagligen utgör en selektion. Men om flyttningen till det nya området påverkar det psykiska välbefinnandet blir sambandet med tiden man bott i området antagligen positivt därför att man kan förvänta sig en viss anpassningseffekt. Samtidigt påverkas resultatet här av att utflyttningen från området antagligen också är selektiv.

Det går alltså inte i en tvärsnittsstudie av detta slag att avgöra frågan om selektion eller miljöeffekt utan vi hänvisar här till den longitudinella studie av sjukfrånvarodata som har gjorts på en del av populationen. (Kapitel 5).

I det följande kommer vi att ange geografisk rörlighet som ett index där vi utgår från om individen

1) har flyttat 3 gånger/10 år eller mer i sitt vuxna liv

2) har bott mindre är 5 år i Luleå

3) har bott mindre är 2 år i nuvarande lägenhet

Personer som uppfyller minst 2 av dessa kriterier har vi kallat för mobila, övriga stabila. De mobila utgör 30,4 %.

Som mått på det sociala umgänget har vi ställt frågan om man "under de senaste två veckorna haft besök av eller själv besökt * några arbetskamrater * några grannar * några släktingar * några andra bekanta". Dessa frågor är de samma som ställdes i den tidigare refererade studien av den geografiska rörlighetens sociala och ekonomiska effekter vid Umeå universitet (Åberg 1978) vilket ger vissa möjligheter till jämförelse. Vi har bildat ett index av svaren där personer som inte svarat ja på någon av de 4 frågorna betecknas som socialt isolerade.

Andel som under en två veckorsperiod inte har haft besök eller besökt

ARBETSKAMRATER	57,9 %
GRANNAR	43,5 %
SLÄKTINGAR	24,4 %
ANDRA BEKANTA	26,7 %
SOCIALT ISOLERADE (0 kontakt)	5,2 %

Jämfört med Åbergs studie av personer som flyttat från Norrlands inland med statligt flyttningsbidrag finner vi generellt något bättre kontakter fast inte helt så bra som Åbergs kontrollgrupp av människor bosatta i avflyttningskommunerna i inlandet. Detta är rätt naturligt eftersom starthjälpsflyttarna måste betecknas som en speciellt utsatt grupp, men samtidigt omfattar den nybyggda stadsdelen i Luleå fler människor som flyttat (oftast under mindre tvingande former) jämfört med befolkningen i inlandskommunerna.

Det här angivna måttet är naturligtvis mycket grovt och säger ingenting om innehållet i kontakterna och vilken betydelse de har för individen. Samtidigt finns det antagligen en tendens till ett stort antal falska positiva svar i och med att frågorna kan vara något prestigeladdade. Vi har senare gjort intervjuer med ett antal av de personer som besvarat enkäten. Vi har där funnit en tydlig tendens till överrapportering av kontakter i enkäten. Många av de som hade kryssat för kontakter med grannar under en två veckors period måste sägas ha mycket sporadiska och anonyma kontakter. Å andra sidan hade ingen av de som svarat nej på frågan några kontakter av betydelse. Frågorna är emellertid entydiga och enkla vilket är viktigt när man vill ställa dem i en postenkät.

Ett index om psykiska besvär har konstruerats på basis av frågor om personen de senaste tolv månaderna haft något av följande besvär:

- OFTA KÄNT SIG TRÖTT
- NERVÖSA BESVÄR (ÄNGSLAN, ORO, ÅNGEST)
- SÖMNBESVÄR
- DEPRESSION, DJUP NEDSTÄMDHET

Att mäta psykisk ohälsa i en större population kräver stora resurser oavsett om det sker med klinisk intervju eller genom att fylla i ett frågeformulär i en lekmanna intervju. Vi var av resursmässiga begränsningar tvungna att söka använda postenkät. Man kan genom denna metod inte göra anspråk på att mäta några mera väldefinierade psykiska sjukdomsenheter eller symtombilder. Vi har i stället valt att söka mäta förekomst av några psykiska symtom som ingår i ett mera vardagsmässigt sätt att tala om psykiska problem. Vi har här använt oss av i stort sett samma frågor som i svenska Levnadsnivåundersökningen (Johansson 1971).

Efter att ha testat frågan om svarsmönstret på de fyra frågorna kan passas in i skala som är endimensional och kumulativ har vi konstruerat en Guttman skala där de som kommer längst ned på skalan lider av depressioner men de har också sömnbesvär, nervösa besvär och känner sig trötta. De som har sömnbesvär har också nervösa besvär och är trötta etc. (Om test och konstruktion av detta index se Appendix D. Där har även frågor om validitet och reliabilitet behandlats).

Vi får därmed en skala över psykiskt välbefinnande som har fem skalnivåer (se tabell 6.2).

Tabell 6.2

Skala över psykiska besvär. Procent och antal.

Skalnivå	Benämning	Procent	Antal
1	Normalt välbefinnande	69,1	2 080
2	Allmän trötthet	15,8	475
3	Nervösa besvär	7,1	215
4	Sömnbesvär	6,0	180
5	Depression	1,9	58
TOTAL		99,9	3 008

Skalnivåerna 3, 4 och 5 kommer i fortsättningen att slås ihop och betecknas "nervösa". Skalnivåerna 2, 3, 4 och 5 betecknas som allmänt trötta.

Slutligen har vi gjort en mindre intervjuundersökning av ett urval på 75 personer. Urvalet är gjort således att 50 personer är slumpmässigt valda från en sjuk grupp av alla de som (enligt postenkät) haft nervösa besvär/och eller varit sjukskrivna över en månad senaste året och 25 personer utvalda från en frisk grupp av alla de som haft normalt välbefinnande och inte varit sjukskrivna alls senaste året.

Urvalet har egentligen omfattat 71 respektive 36 personer men bortfallet har varit betydande (21 respektive 11 personer). Urvalet är alltså på intet sätt representativt för befolkningen i området. Dels är de medvetet utvalda för att utgöra extremgrupper i hälsoavseende dels har bortfallet varit 30 % och slutligen har det gått över ett år mellan det att befolkningsregistret upprättades och urvalet drogs varför 25 % hunnit flytta.

Två socionomer har sedan genomfört focuserade samtalsintervjuer där vi har koncentrerat oss på följande områden:

a) Flyttning till bostadsområdet. Orsaker till och effekter av flyttningen vad gäller sociala kontakter, hälsa, boende och arbete.

b) Individens upplevelse av och attityder till den fysiska miljön i bostadsområdet inklusive service, lekplatser, bostaden, gemenskapslokaler etc.

c) Individens upplevelser och värderingar av den sociala befolkningssammansättningen i området. Hur man upplever sig själva i förhållande till de andra - som tillhörande en minoritet eller majoritet.

d) Sociala kontakter i bostadsområdet och utanför. Deras omfattning och betydelse för individen.

e) Anpassningen till bostadsområdet - beskrivning av vilka handlingsalternativ som man valt i försöken att anpassa sig till den nya miljön. Vilka hinder/möjligheter har boendemiljön på Hertsön gett för valet av olika handlingsalternativ.

f) Hälsotillståndet. Beskrivning av hälsotillståndet och individens upplevelse av hur detta har påverkat och påverkats av de tidigare nämnda faktorerna (e-e).

Intervjumaterialet har sedan använts för att illustrera mekanismer bakom de statistiska samband som arbetats fram för totalbefolkningen. Vi ska nu i det följande ta upp och belysa de frågor som vi nämnde i avsnitt 2.8 med enkät- och intervjumaterialet.

6.2 Geografisk rörlighet och psykiska besvär

Det har i flera av de tidigare nämnda undersökningarna pekats på hur arbetare oftare har psykiska besvär, oftare är socialt isolerade och oftare drabbas negativt av flyttning med isolering och olika symtom till följd. I den här aktuella stadsdelen har vi genom att studera sjukförsäkringsstatistiken i kapitel 5 visat att ett positivt samband mellan flyttning och sjukfrånvaro finns för socialgrupp III men inte för socialgrupp I + II.

Tabell 6.3

Förekomst av psykiska besvär fördelade på geografisk rörlighet och socialgrupper.

Skillnad i andel trötta respektive nervösa, mellan mobil och stabil socialgrupp III är signifikant. * P < 5 % ** P < 1 % *** P < 0,1 %. Sign. test har här och i de följande tabellerna gjorts med CHI2, fg=1.

	Mobila (N=913)		Stabila (N=2095)	
	Procentandel		Procentandel	
	allmänt trötta	härav nervösa	allmänt trötta	härav nervösa
Socialgrupp I + II	28,2	11,8	29,78	15,9
Socialgrupp III	35,2	18,6**	30,9	13,5

Av tabell 6.3 ser vi att det för socialgrupp I och II finns ett svagt negativt samband mellan mobilitet och nervösa besvär medan motsvarande samband bland arbetare är klart positivt. Med tanke på de kraftiga samband mellan sjukfrånvaro och geografisk rörlighet som vi tidigare redovisat kan skillnaderna här förefalla små. Det kan delvis bero på att det stora bortfallet av mobila personer som finns i enkätstudien. Skillnaderna underskattas därför i en analys som denna. Resultatet överensstämmer dock med våra tidigare resultat vad gäller sjukfrånvaron och kan antagligen förklaras genom att det hos olika samhällsklasser finns olika orsaksmekanismer bakom detta samband. Några exempel ur intervjumaterialet kan illustrera detta.

> 35-årig tjänsteman vid ett stort företag. Har flyttat upprepade gånger de senaste åren i och med att han fått bättre och bättre jobb inom företaget. Har flyttat från hyreslägenhet till bostadsrättslägenhet och nu senast till ett stort radhus på Hertsön. Han har upplevt flyttningarna positivt: har fått bättre jobb och bättre lön och har samtidigt kommit närmare sina hemtrakter i norrland. Har dessutom ständigt kunnat förbättra sin bostadsstandard materiellt. Saknar nu i radhuset de rika grannkontakter som fanns i bostadsrättsområdet i Luleå men

har å andra sidan nu mest koncentrerat sitt fritidsintresse kring familjen och barnet och hobbyverksamheter. Önskar nu mest av allt en fritt liggande villa där han har utrymme för en egen snickarverkstad. "Man måste flytta vart annat år för att hålla igång utvecklingen. Det hela beror på om man hittar ett bättre jobb och nya utvecklingsmöjligheter. Här i Norrbotten lär det nog bli svårt efter de grusade stålverksplanerna".

Bland större delen av de intervjuer vi har gjort med "friska" individer upprepar denna bild sig: tjänstemän inom näringsliv och högskola som har fått förtur i radhuskön och flyttat som led i karriären - en uppåtgående spiral av bättre arbeten och bättre bostäder. Som kontrast till detta skall följande "sjuka" familj beskrivas: Här har ständiga svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden, flyttningar och sjukdom varit ett led i en långvarig utslagningsprocess:

Han är i 30-års ålder för närvarande arbetslös och läser in grundskolekompetens med AMS-bidrag. Hon är förtidspensionerad sedan två år tillbaka p g a rygg- och ledbesvär. Båda är födda i Norrbotten men har sedan flyttat upprepade gånger runt i Sverige. De har först flyttat till Motala och senare till Västerås för att mannen skulle få arbete. För att hon sedan skulle få arbete så flyttade de till Örebro men hon var tvungen sluta efter några månader p g a svår magkatarr till följd av tempoarbetet. De flyttade sedan tillbaka till Motala där båda lyckades få arbete som chaufför. Sedan fick hon barn och de tyckte då att de ville flytta närmare sin släkt i Norrbotten och flyttade då till Luleå. Mannen har sedan förlorat sitt arbete i Luleå till följd av att företaget lades ned. Ekonomin är nu svårt belastad och de har varit tvungna att sälja bilen: "ekonomin bara flyter just nu". "Jag har varit fruktansvärt mycket sjuk senaste året, har varit förkyld, har haft allergiska besvär - jag blir allergisk mot fler och fler ämnen. Jag är orolig för hur det skall gå och ligger vaken på nätterna och kliar, just nu har ryggen blivit dålig av att sitta på skolbänken så jag måste äta mycket värktabletter".

Denna familj har flyttat dels på grund av förändringar på arbetsmarknaden och dels på grund av sjukdomar och besvär som gjorde det omöjligt att fortsätta i de jobb som funnits. Båda makarna klagar över en lång rad psykiska och psykosomatiska besvär. Ligger vakna på nätterna och funderar på ekonomiska bekymmer men har inte sökt socialhjälp trots att de i rätt ung ålder går på kanten av utslagning båda två. Flyttningarna har varit försök att klara försörjningen och skaffa sig någorlunda bra och billiga bostäder.

En annan arbetarfamilj uppvisar likartade symtom:

Hon klagar över sömnbesvär och yrselbesvär, han mest över ryggbesvär och magkatarr. Han är född i Luleå och hon i en mindre by utanför Luleå. Han fick inget arbete och flyttade till södra Sverige och arbetade vid olika industrier. Flyttade i samband med expansionen i Luleå tillbaka och fick arbete på Järnverket. Han arbetar nu skift, hon är arbetslös och går hemma med tre barn. Känner sin situation pressad, hinner inte träffa barnen så mycket när han arbetar skift. Har varit orolig för ungarna på grund av mycket busliv på gården. Flyttade för ett par år sedan till insatslägenhet i en finare stadsdel med enbart bostadsrätt och småhus. Barnen blev dock mobbade där och även de vuxna vantrivdes med grannarna. "Den ene skröt värre än den andre". Flyttade sedan tillbaka till Hertsön i en liknande lägenhet men har nu sparat ihop och skall köpa villa i kvinnans hemby. Tror att det är det

bästa för barnen. "Jag vet att det kommer att gå bra, vi kommer att vara ute mycket mer och kommer att göra mera saker tillsammans än vad vi gör idag. Men nu är man orolig ibland över hur det ska gå med jobbet och alla utgifterna på huset. "Ingen vet hur länge det här jobbet kommer att finnas kvar. Men vi pratar aldrig om det på arbetet".

Även den här familjen har flyttat mycket och har en del psykiska och psykosomatiska besvär främst till följd av en pressad försörjningssituation. Samtidigt känner de oro för barnens uppväxt på Hertsön och satsar därför på en villa långt utanför stan för att ge dem en tryggare miljö. Familjen representerar en ganska typisk bild i intervjumaterialet. Familjeförsörjaren arbetar hårt för att klara ekonomin och ihopsparingarna till ett hus. Man känner dåligt samvete för att man inte hinner träffa barnen så mycket. Man tror att det skall bli bättre för dem när man flyttar till huset. Samtidigt betyder huset att man måste arbeta hårdare och pendla långt. Familjen tvingas till ett handlingsalternativ som troligen inte kommer att minska deras psykiska och psykosomatiska besvär utan tvärtom kommer att öka dem. Han ser dock ingen annan utväg ut ur de delvis motsägelsefyllda krav som samhället ställer på denna familj att dels klara försörjningen och dels att ge barnen en trygg uppväxt.

Tabell 6.4

Psykiska besvär fördelade på geografisk rörlighet, kön och familjeförhållande (gift och/eller sammanboende respektive ensamboende). Skillnad mellan mobila och stabila, icke signifikant.

	Mobila Procent andel		Stabila Procent andel	
	allmänt trötta	härav nervösa	allmänt trötta	härav nervösa
Ensamboende [1] män	24,0	16,0	33,8	20,0
Ensamboende kvinnor	43,6	23,6	44,9	28,7
Sammanboende män	24,5	14,0	24,2	11,3
Sammanboende kvinnor	39,7	16,5	34,8	15,5

1) med ensamboende menas här och i följande tabeller personer som angivit att de icke bor tillsammans med annan vuxen - däremot kan de bo tillsammans med barn.

Ensamstående kvinnor är starkt överrepresenterade i gruppen av människor med psykiska besvär. Närmare hälften av de ensamstående kvinnorna klagar över trötthet, sömnsvårigheter och nervösa besvär. Något samband med mobilitet kan dock inte konstateras. Följande beskriver situationen för en av det tiotal ensamstående mödrar som ingår i intervjumaterialet.

22-årig ensamstående mamma född i en liten by i Norra Finland. Flyttade som barn med föräldrarna till Sverige och har bott i olika industriorter. Tog som 17-åring anställning på LM Ericsson där hon träffade sin före detta make. Flyttade sedan till Luleå eftersom makens bror hade berättat för dem hur gott man tjänade på Järnverket. Hon skulle aldrig själv ha valt att flytta till Luleå, utan hade hellre stannat kvar hos sin släkt i Stockholm. Har sedan arbetat som

städerska men plågades svårt av eksem och var sjukskriven i långa perioder och har nu börjat skaffa sig grundskolekompetens genom AMS. "Nu vågar man äntligen visa upp sina händer" säger hon efter att ha slutat som städerska. Nu går dagarna mest med skolan, städning och tvättning. Hon har aldrig varit och hälsat på någon av grannarna, hon känner dem knappast. Oroar sig för vad som ska hända när flickan växer upp. "Det vore hemskt om hon hamnade i ett gäng som använde narkotika". Hon skulle helst av allt vilja bo i ett eget hus på landet. Där har man en helt annan frihet och behöver inte tänka på grannarna. Man blir inte störd så ofta heller, men vem vill inte bo i eget hus?

Denna finskfödda ensamstående moders situation är typisk för många i materialet. En kärv arbetsmarknadssituation ger en pressad ekonomi och ger små möjligheter att göra sig fri och att komma ut. Hon träffar inga människor i bostadsområdet och har genom en uppväxt under hårda omständigheter lärt sig att inte ställa större anspråk på livet. Hon har lärt att anpassa sig lojalt till samhällets krav. När andra möjligheter är avstängda överlever man genom att skapa sig drömmar om det lilla huset på landet.

Tabell 6.5

Psykiska besvär fördelade på ålder och geografisk rörlighet. Skillnad mellan mobila och stabila, icke signifikant.

	Mobila Procent andel		Stabila Procent andel	
	allmänt trötta	härav nervösa	allmänt trötta	härav nervösa
16 - 29 år	30,2	14,1	33,3	15,2
30 - 44 år	32,5	17,3	32,2	17,3
45 - år	42,2	21,1	31,7	19,4

Skillnaderna i psykiskt välbefinnande mellan åldersgrupperna är genomgående mycket små, vilket delvis förklaras av att åldersvariationen är liten. (Tabell 6.5). Andelen personer över 44 år är 10,8 % och över 64 år endast 0,6 %. Personer över 44 år som flyttat har en förekomst av trötthet som överstiger den stabila gruppens med 9 % vilket dock inte är signifikant p g a att vi har ett mycket litet antal mobila personer över 44 år (N = 38).

Tabell 6.6

Psykiska besvär fördelade på nationalitet vid födelsen och geografisk rörlighet. Skillnad mellan mobila och stabila, icke signifikant.

	Mobila Procent andel		Stabila Procent andel	
	allmänt trötta	härav nervösa	allmänt trötta	härav nervösa
Svenskfödd	29,4	13,8	29,3	14,1
Finskfödd	43,4	26,3	41,4	20,7

11,0 % av befolkningen på Hertsön är födda i Finland. Andelen finskfödda med nervösa besvär är något högre än bland de svenskfödda men här kan språkliga nyanser mycket väl spela in eftersom de två språken inte har begrepp som är fullständigt jämförbara. Det finns bland finskfödda en tendens till positivt samband mellan rörlighet och nervösa besvär. Även här tenderar bortfallet troligen till en underskattning av de verkliga skillnaderna. (Tabell 6.6).

> Ett exempel: Finskt äkta par som har växt upp under mycket fattiga omständigheter i jordbrukarhem i Norra Finland. Båda makarna klagar ibland över sömnsvårigheter, nervösa besvär och magkatarr. Flyttade till Sverige för 15 år sedan. Har sedan arbetat på olika mindre järnbruk och textilindustrier i Mellansverige och har slutligen flyttat till Luleå för att komma närmare sina hemtrakter. Har flyttat många gånger både mellan orter och inom städerna där de har bott, i försök att få bättre betalt arbete och bättre bostad. Har nu slutligen fått råd att flytta till en stor friliggande villa på Hertsön. Båda jobbar skift vid järnverket och de träffas endast under helgerna och någon enstaka kväll. Har tre barn som är så stora att de klarar sig själva när föräldrarna jobbar.

Denna familj är en av många finska familjer som vi har intervjuat som under stora uppoffringar och hårt arbete långsamt men säkert har lyckats arbeta sig upp från fattigdom i Norra Finland till hög materiell standard i Sverige med villa och bil med husvagn till.

Sammanfattningsvis finner vi att även om det för hela befolkningen på Hertsön inte finns något samband mellan geografisk rörlighet och psykiska besvär finns det tendenser till ett positivt samband bland socialgrupp III, kvinnor, äldre och finskfödda.

De små skillnaderna är med tanke på bortfallets inverkan antagligen en underskattning av de verkliga. Också intervjumaterialet ger stöd för ett sådant antagandande.

6.3 Geografisk rörlighet och sociala kontakter

Skillnaderna i sociala kontakter som vi här har mätt dem mellan flyttarna och övriga framgår av tabell 6.7.

Tabell 6.7

Andel utan besök av eller hos arbetskamrater, grannar, släkt eller andra bekanta de senaste 14 dagarna fördelade på geografisk rörlighet. Signifikant skillnad mellan mobila och stabila markerat med *.

	Mobila N=913	Stabila N=2 095
Arbetskamrater	54,0	59,6**
Grannar	44,5	43,1
Släkt	28,9***	22,4
Andra bekanta	28,4	26,0
0 kontakt (socialt isolerade)	4,3	5,9

Mobila personer har mindre släktumgänge men ökat umgänge med arbetskamrater. Sammantaget blir det därför inget samband mellan mobilitet och vårt mått på social isolering. Svarsbortfallet kan troligen leda till att vi får en underskattning av andelen socialt isolerade särskilt bland de mobila.

Tabell 6.8

Sociala kontakter fördelade på sociala grupper och geografisk rörlighet. Andel utan grannkontakter och andel socialt isolerade d v s utan kontakter under en två-veckorsperiod. Skillnad mellan mobila och stabila, icke signifikant.

	Mobila		Stabila	
	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade
Socialgrupp I + II	39,8	3,3	39,0	4,2
Socialgrupp III	46,4	4,8	44,9	6,5

Genomgående är socialgrupp III något oftare utan kontakt med grannar men något samband med mobilitet kan inte konstateras. (Tabell 6.8).

Att vi med våra grova mått på geografisk rörlighet och sociala kontakter inte hittar något samband beror framförallt på att flyttningarna sker under mycket olika omständigheter där människors förutsättningar att hålla kvar gamla kontaktnät och skapa nya på inflyttningsorten varierar:

> 35-årig verkstadsmekaniker i Luleå med fru och barn. Har i många år arbetat som skogsarbetare, sedan som arbetare vid Vattenfall. När det bygget tog slut blev han arbetslös, gick då AMS-kurs och utbildade sig till verkstadsmekaniker men fick inget jobb i Malmfälten och tvingades flytta till Luleå. Upplever flyttningen som ett nödvändigt ont. "Man accepterar ju - det är arbetet som styr och ställer". Familjens ekonomi har förbättrats väsentligt sedan de flyttade till Luleå jämfört

med tidigare då de båda gick AMS-utbildningen. Hon har nu arbete som städerska. Bor nu i en trerumslägenhet som de upplever som bekväm och bra. Åker på fritiden oftast till Kiruna eller åker ut i naturen och fiskar och pimplar. Åker alltid ut tillsammans i familjen ibland med några grannar. Umgås med fem familjer i området som alla flyttade från Kiruna samtidigt med dem och som de känt sedan tidigare. De har daglig kontakt och hjälps åt med många praktiska saker. Frun upplevde sig i början som väldigt olika sina grannar men har så småningom upptäckt att alla har kommit hit under ganska liknande förutsättningar som de själva och tycker numera att de har goda kontakter i kvarteret. Båda vill dock gärna flytta tillbaka till Kiruna om de får jobb där, vilket dock inte är sannolikt.

Den här familjen som har tvingats flytta p g a arbetslöshet har alltså flyttat en stor del av sitt sociala nätverk med sig från Kiruna till Hertsön men längtar ändå fortfarande tillbaka.

Ett annan mycket vanligt sätt att hålla kvar sina gamla sociala kontakter är någon sorts helgpendling tillbaka till föräldrahemmet:

45-årig hemmafru gift med ingenjör, två barn 11 och 15 år gamla. Båda föräldrarna är uppvuxna i jordbrukarhem i Piteå. Bodde efter utbildning först några år i hemtrakten där han arbetade för Domänverket, flyttade sedan till Luleå eftersom det där fanns bättre utvecklingsmöjligheter inom arbetet. Familjen är mycket aktiv och utåtriktad, går på olika kurser och möten varje kväll. Varenda helg far de tillbaka till fritidshuset i Piteå. "Jag skulle inte kunna bo på Hertsön om jag inte hade fritidshuset i Piteå. Jag önskar att jag kunde bo på landet året om. Det skulle dock bli besvärligt för barnen. Men vi skulle ändå vilja ha ett hus på landet när barnen har blivit äldre och då skulle också maken kunna ha lite kortare arbetstid". De umgås inte med några grannar. Känner inget behov av det och tror att grannarna har det likadant att de åker hem till sina hemtrakter varje helg. Trots att de har ägnat mycket tid åt att inreda radhuset känner hon inte Hertsön som sitt hem. Har inget önskemål om att flytta till någon annan bostad inom Luleå utan ser fram mot att flytta tillbaka till Piteå när barnen har gått ut skolan.

Denna familjs syn på sitt boende i Luleå och på Hertsön återfinner vi i många intervjuer. Man har kvar förankringen i hembygden och gör ingenting för att skapa ett socialt liv i området. För många fungerar detta naturligtvis men när barnen som inte har samma förankring i byn växer upp och inte vill följa med på helgerna kan det bli problem. Dessutom skapar denna helgpendling ett fattigt socialt liv i bostadsområdet vilket främst drabbar de som inte har motsvarande förankring någon annanstans eller inte har bil så de kan komma iväg.

För många har dock flyttning till Luleå från södra- och mellersta Sverige betytt förbättrade sociala kontakter med släkt och grannar. Många människor som är födda i Norrbotten flyttade tillbaka i samband med den industriella expansionen i Luleå som skedde under första hälften av 70-talet när Hertsön byggdes.

20-årig sjukvårdsbiträde gift med studerande med barn på 2 år. Båda är födda i Norrbottens inland och flyttade efter giftermål till Malmö för att han skulle få arbete. Hon vantrivdes emellertid väldigt i Södra Sverige och de flyttade därför så småningom tillbaka till Luleå där hon fick börja på lasarettet och han på Järnverket. Han har nu sedan inskränkningarna på Järnverket förlorat sitt arbete och går omskol-

ningskurs. Hon upplever flyttningen till Luleå oerhört positivt framförallt för att hon har fått arbete. Men upplever också att hon har mycket bättre kontakt med grannarna på Hertsön än i Malmö. Upplever sig mycket mera lik folk i Luleå. Har dessutom mycket lättare att hålla kontakt med släktingar på helgerna.

En jämnårig kvinna som har gjort liknande flyttningar men som har sämre hälsa har klarat sig annorlunda:

35-årig kommunal dagmamma med make och dotter. Uppväxt i Luleåtrakten i lantbrukarhem. Flyttade som 17-åring till Stockholm och fick arbete som sömmerska. Efter en skilsmässa flyttade hon tillbaka till Luleå för att komma närmare släktingar men fick inget arbete som sömmerska i Luleå, är nu kommunal dagmamma eftersom det är enda alternativet som hon har kunnat finna. Har haft mycket psykosomatiska besvär i ryggen, huvudvärk och underlivsbesvär. Hon tycker att Hertsön är precis lika tråkigt hyresområde som dem hon bott i tidigare i Stockholm. Hon tror aldrig att hon kommer att trivas förrän hon har ett hus på landet, en liknande uppväxtmiljö som hon hade som barn. Hon har det slitsamt med att sköta dagbarn och hem. Önskar inte ha så mycket kontakt med grannarna. Hade tidigare en granne som kom och hälsade på flera gånger dagligen och detta förstörde hennes arbete med barnen tyckte hon. Själv skulle hon aldrig kunna tänka sig att gå och hälsa på grannarna. "Man kan inte lämna allting och bara prata bort tiden, det går ju inte".

Återflyttare som de senaste två fallen är vanliga på Hertsön. Många i tjänstemannayrken är vana att flytta och klarar lätt att etablera nya kontakter med framförallt arbetskamrater i den nya miljön. Med stigande ålder blir emellertid problemen med att etablera nya kontakter ofta svårare. Det statistiska materialet visar att de visserligen mycket få mobila medelålders och äldre personer har mindre kontakt med grannar men att andelen helt isolerade är större bland de som flyttat mindre. (Tabell 6.9). Det senare hänger dock ihop med att denna grupp innehåller en mycket större andel äldre över 60 år.

Tabell 6.9

Social isolering fördelade på ålder och geografisk rörlighet.

	Mobila		Stabila	
	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade
16 - 29 år	50,2	4,3	48,6	5,4
30 - 44 år	36,9	4,3	37,9	4,8
45 - år	57,9	2,6	46,3	10,4

Bland de äldre som flyttat finns många utan grannkontakt. Ett typiskt exempel är följande:

50-årig tjänsteman vid Posten med hemarbetande maka. De har under de senaste 25 åren flyttat ungefär vart femte år runt på olika orter i Sverige. Har varit aktiv i nykterhetsrörelsen på de olika ställena, men

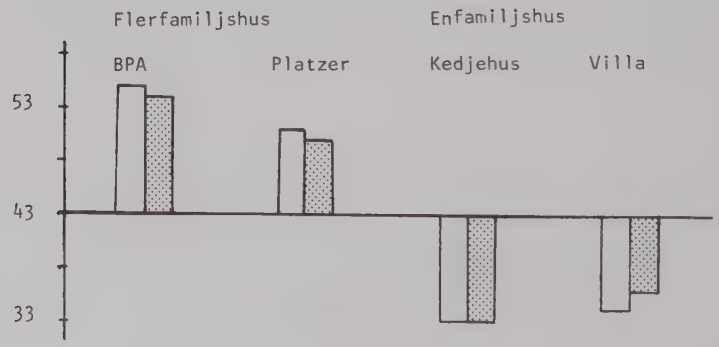
tycker det har blivit svårare för varje gång att komma in i arbetet. Här i Luleå går fritiden mest till att titta på TV. Tycker att grannarna på gården har sitt med sina småbarn. De flesta reser till sina hemtrakter på helgerna. Kvinnan säger: "Man skulle nog vara lyckligare om man kände flera. Det bor exempelvis en änka i området och jag skulle vilja vara modig och kunna gå till henne och ringa på. En sådan förening som - de 50-årigas förening skulle finnas men det är inte säkert att man skulle få några positiva kontakter för det."

6.4 Boendemiljö och sociala kontakter

Det finns en betydande skillnad i frekvens av grannkontakter mellan de olika kvarteren. Om vi jämför de fyra delarna av bostadsområdet som beskrevs i kapitel 4 ser vi att andelen utan grannkontakt under en 14-dagars period varierar från 33 % till 55 %. På figur 6.1 har vi redovisat resultat av multivariatanalys av grannkontakter med och utan hänsynstagande till bakgrundsvariablerna kön, ålder, civilstånd, barn, nationalitet, socialgrupp och geografisk rörlighet (jmf fig 3.2). Vi har i analysen även tagit hänsyn till förekomst av psykiska besvär då det kan tänkas ha samband med grannkontakter.

Figur 6.1

Andel utan grannkontakt under en 14-dagars period. Staplarna anger avvikelse från genomsnittet i varje del av bostadsområdet. Oskraverade staplar anger skillnader utan hänsynstagande till bakgrundsvariabler. Skraverade staplar anger skillnaden med hänsynstagande till bakgrundsvariabler.



Eta = 0,20
Beta = 0,17

Vi ser att det även efter hänsynstagande till bakgrundsvariablerna finns en betydande skillnad mellan olika delar av bostadsområdet. Denna skillnad finns till största delen mellan boendeformerna. Av bakgrundsvariablerna är det särskilt kön och förekomst av hemmavarande barn som visar samband med grannkontakter. (Se tabell 6.10).

Tabell 6.10

Andel utan grannkontakt fördelade på boendeform, kön och förekomst av hemmavarande barn. Signifikant skillnad mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus (n = 1 481)		Enfamiljshus (n = 1 527)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Med barn	50,7 ***	40,3 ***	36,0	26,2
Utan barn	66,0 ***	64,6 ***	40,6	42,1

Skillnad i grannkontakter mellan boendeformerna finns för alla fyra grupperna av män och kvinnor med och utan hemmavarande barn, men den är särskilt påtaglig bland de som inte har barn. Det är inget överraskande att kvinnor som har sysslor med barn och småhus gemensamt ofta umgås medan det sker mera sällan bland män utan barn i hyreshus. De har sitt umgänge på annat håll.

Om vi således räknar andelen socialt isolerade (d v s utan kontakt med arbetskamrater, släkt, grannar eller andra bekanta) är det ingen påtaglig skillnad mellan de grupper som här har redovisats.

En rimlig förklaring till skillnader i grannumgänget mellan boendeformerna skulle även kunna vara att det i enfamiljshusen bor människor som generellt har större umgänge. I tabell 6.11 ser vi dock att det inte kan vara hela förklaringen.

Tabell 6.11

Andel utan kontakt med arbetskamrater, släkt, grannar och andra bekanta fördelade på boendeform. Signifikant skillnad mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus	Enfamiljshus
Arbetskamrater	60,4 *	55,5
Grannar	54,0 ***	33,4
Släkt	25,7	23,1
Andra bekanta	29,6 ***	23,9
Socialt isolerade	6,1 *	4,3

Även om det finns skillnader även i umgänget med andra än grannar, är skillnaden här klart störst.

Följande exempel kan illustrera hur det är att vara utan barn i ett bostadsområde som domineras av barnfamiljer:

> Ett exempel: 30-årig ensamstående kvinna som för närvarande går omskolningskurs på AMS. Har varit sjukskriven länge för magkatarr och nackont som hon har fått i samband med tunga jobb som snabbköpskassörska och lagerbiträde. Hon har varit sjukskriven i perioder, har sedan varit avstängd från försäkringskassan i perioder och har därför haft bekymmer med ekonomin. Hon har känt sig trakasserad av arbetsgivare, läkare och försäkringskassan för sina kramper. Hon har inga kontakter med grannarna i det hyreshus hon nu bor i . Hon känner sig ensam i förhållande till alla andra som har familj, känner sig inkollad. "Jag trivdes mycket bättre i det område där jag bodde förut. Där var det inte så mycket barn och hela gården var inte upptagen av lekplats som här. Där kände jag mig mycket mera accepterad. Jag kan inte bjuda hem några av grannarna - jag har ju inte ens stolar så det räcker till dem och deras barn. Jag skulle vilja flytta till ett äldre området med lite flera äldre människor."

Upplevelsen bland personer utan barn att vara i minoritet tycks spela en viktig roll för denna grupps relativt dåliga kontakter. Minoritetssituationen är mest uttalad i enfamiljshusen men detta motsvaras inte av en större skillnad mellan barnfamiljer och övriga i småhusen, utan här spelar boendeformen möjligen en så stor roll att de få personer utan barn som finns i enfamiljshusen har bättre kontakter jämfört med samma grupp i flerfamiljshusen (tabell 6.10).

Betydelsen av minoritets- respektive majoritetssituationen i kvarteret kan ytterligare belysas genom att studera grannkontakter fördelade på socialgrupper och boendeform (se tabell 6.12). I flerfamiljshusen är socialgrupp III i majoritet (74 %) medan de i enfamiljshusen utgör en (stor) minoritet (41 %).

Tabell 6.12

Andel utan grannkontakt fördelade på boendeform och socialgrupp. Signifikant skillnad mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	I + II	III	I + II	III
Andel utan grannkontakt	59,5 ***	51,3***	32,0	34,9

Vi finner här att framförallt tjänstemän i flerfamiljshusen tycks ha dåliga grannkontakter vilket talar för att minoritetssituationen spelar en viss roll. De har oftare sina viktigaste kontakter på annat håll, engagerar sig inte så mycket och skall snart flytta (se tabell 6.13).

Tabell 6.13

Andel utflyttade under 1976 fördelade på boendeform och socialgrupp. Signifikant skillnad mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	I + II	III	I + II	III
Andel utflyttade	37,1 ***	35,6 ***	11,8	7,5

Det är en betydligt större utflyttning bland den resursstarka minoriteten av tjänstemän i flerfamiljshusen. Vi ser dock att tjänstemännen även flyttar oftare från enfamiljshusen vilket antagligen kan bero på en generellt högre rörlighet i vissa tjänstemannayrken men också p g a att det finns attraktivare villaområden i övriga staden och i grannkommunerna jämfört med Hertsön där integreringen med hyreshus antagligen ger småhusen lägre status.

De finska invandrarna i området utgör ett undantag när det gäller skillnader i grannumgänge mellan boendeformerna. I enfamiljshus är 6 % finskfödda och i flerfamiljshus 16 % (tabell 6.14).

Tabell 6.14

Grannkontakt fördelade på boendeform och nationalitet vid födelsen. Signifikant skillnad mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	Svensk	Finsk	Svensk	Finsk
Andel utan grann-kontakt	56,5 ***	41,0	33,1	37,9

Andelen finskfödda utan grannkontakt är låg i flerfamiljshus men i enfamiljshusen är den obetydligt högre än för den svenskfödda befolkningen (tabell 6.14).

Ett exempel kan illustrera några orsaker till detta:

> Ett finskfött äkta par i 30-års åldern med 6-årig dotter. De flyttade till Luleå från Norra Finland för att få bättre bostadsstandard och bättre lön och bor nu i trerumslägenhet i ett hyreshus. Skulle egentligen gärna vilja flytta till ett hus på landet men har dock inga aktuella flyttningsplaner. Främsta orsaken är att de på Hertsön har många finska bekanta och även några släktingar från Finland. Har dagligen kontakt med dem. De går ofta ut på kvällarna och dansar med sina finska vänner. De har lite kontakt med svenskarna i kvarteret "de sitter mest hemma och tittar på TV - då går vi hellre ut och roar oss på Finska Föreningen".

Denna familj och andra finska familjer vi har intervjuat har ett socialt umgänge som är mindre uppknutet till boendet och familjen. De bor hellre

kvar i en lägenhet i det kvarter där de har en del släkt och vänner än de flyttar till ett villaområde med färre finska invånare. I enfamiljshusen utgör de finskfödda en mycket liten minoritet och detta kan ha samma effekt som den vi nyss nämnde för den minoritet av socialgrupp I + II som bor i flerfamiljshus.

6.5 Sociala kontakter och psykiska besvär

Att människor med psykiska besvär ofta är socialt isolerade är ett välkänt förhållande. Ofta rör det sig om en ond cirkel där det inte går att avgöra vad som är orsak och verkan.

Vi ska i detta avsnitt redovisa några siffror och fall som belyser hur psykiska och sociala problem kan leda till social isolering och vi ska sedan i nästa avsnitt ta upp hur boendemiljö och social isolering kanske kan leda till psykiska symtom.

Tabell 6.15

Sociala kontakter fördelade på nervösa besvär och sociala grupper. Signifikanta skillnaden mellan nervösa och övriga markerat med *.

	Nervösa (N=453)		Övriga (N=2555)	
	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade	Andel grann-solerade	Andel socialt isolerade
Socialgrupp I + II	40,0	4,7	39,1	3,8
Socialgrupp III	52,9 *	9,1 *	44,6	5,5

I tabell 6.15 ser vi hur socialgrupp III har ett svagt positivt samband mellan nervösa besvär och social isolering medan motsvarande inte finns för tjänstemannagruppen. Det kan överraska att vi finner så svaga samband mellan nervösa besvär och grannkontakter. Det beror antagligen dels på att vårt mått på grannkontakter är mycket ytligt och att kvalité och innehåll i kontakterna kan skilja sig mycket åt under den ytan vi här beskriver. Det kan dock även spela in att det i svarsbortfallet antagligen finns många som har allvarligare psykiska besvär och är socialt isolerade. Just denna grupp är antagligen också överrepresenterad bland de som flyttat ifrån området innan enkätstudien gjordes.

Ett karakteriskt exempel på en arbetarfamilj med sociala och psykiska problem som förskansar sig och isolerar sig mot omvärlden är följande:

> Han är 30 år och arbetar på Järnverket. Hon går hemma med pojke som dock genom barnavårdsnämndens försorg har fått förtur på daghem. Han är född i Norrbotten och har växt upp under fattiga omständigheter i ett litet brukssamhälle i Mellansverige. Har haft olika jobb som svetsare och tempoarbetare. Efter att föräldrarna pensionerades och flytade tillbaka till Norrbotten har även han och familjen flyttat upp. Han har under de senaste åren varit mycket

sjukskriven för ryggbesvär och luftrörsbesvär samt olika skador i arbetet. Frun är numera förtidspensionerad för psykiska besvär. Deras viktigast sociala kontakt är hans föräldrar i Haparanda som de åker och besöker en gång i månaden. De har över huvud taget ingen kontakt med grannarna vilket de inte heller har haft där de bodde tidigare. "Det skulle aldrig gå att ordna någon fest här på gården. Här är det mest invandrare och socialfall. Vi har inget gemensamt med dem."

Denna familj har trots långa arbetslöshetsperioder, flyttningar, förtidspension och sjukskrivningar precis klarat sin ekonomi utan att söka socialhjälp. Båda är vid 30-års ålder, slitna utan drömmar och framtidsplaner men mest fyllda utav oro för den kärva arbetsmarknaden. De har ett mycket slutet socialt nätverk med den allra närmaste släkten och är helt isolerade från grannarna. Upplever de andra som avvikare trots att familjen bor i ett kvarter där 80-90 % är arbetare, många på Järnverket som de själva och där närmare en tredjedel har socialmedicinska problem av liknande slag.

Vi har i avsnitt 6.4 sett att boendeform och hemmavarande barn var två förhållanden som starkt påverkade graden av grannkontakter.

Tabell 6.16

Andel utan grannkontakt fördelade på nervösa besvär, boendeform och hemmavarande barn. Skillnaden mellan nervösa och övriga är icke signifikanta.

	Nervösa		Övriga	
	med barn	utan barn	med barn	utan barn
Flerfamiljshus	50,6	73,5	44,6	64,9
Enfamiljshus	31,3	47,2	31,4	40,8

I tabell 6.16 ser vi att tendensen till färre grannkontakter bland de med nervösa besvär är tydligast bland de människor i flerfamiljshus som är utan barn. Det är knappast överraskande att för de som inte har gemensamma intressen med barn och hus blir nervösa besvär lättare ett hinder för kontakt med grannar än för de som har såväl hus som barn. Sambanden är svaga och i intervjumaterialet finner vi ofta berättelser om hur just konflikter kring egna och grannens barn blir till konflikter mellan föräldrarna.

Ett karakteristiskt fall är följande:

40-årig frånskild kvinna som arbetar deltid som hemsamarit. Hon har två söner 15 och 18 år gamla. Bor nu i radhus med ny man. Hon har senaste åren varit mycket sjukskriven för värk i rygg och nacke. Hon har även sömnsvårigheter och oroar sig för pojkarna, tror att det är jobbigt att vara tonåring idag på Hertsön, men anser att det i de flesta fall beror på hur föräldrarna ställer upp. Grannarna har också barn i tonåren. Hon anser att de inte ser efter sina barn ordentligt - att tonårsproblemen främst beror på skilsmässa och dylikt. Hon upplever att hon skiljer sig mycket från de övriga som bor runt omkring henne. Hon tycker att de andra är mycket mer inbundna än vad hon är. Hon längtar tillbaka till den tiden när barnen var små, då hade hon mycket bättre kontakt med grannarna.

Denna medelålders kvinna är typisk för många som oroar sig för sina tonårsbarn, som hon tycker har dåligt med sysselsättning i området. Hon projicerar sin egen oro för barnen över på grannarna. Anser att barnens problem beror på föräldrarna, att de t ex har skilt sig precis som hon själv har gjort. Denna försvarsmekanism ökar hennes avstånd och isolering i förhållandet till grannarna.

Tabell 6.17

Sociala kontakter fördelade på nervösa besvär och nationalitet. Signifikant skillnad mellan nervösa och övriga markerat med *.

	Nervösa		Övriga	
	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade	Andel grann-isolerade	Andel socialt isolerade
Svenskfödd	51,2 **	8,8 **	42,8	5,1
Finskfödd	39,0	2,6	40,6	4,7

Den finskfödda befolkningen är kanske lite mindre socialt isolerade än den svenskfödda (tabell 6.17), men medan det för den svenska befolkningen finns ett positivt samband mellan nervösa besvär och social isolering är tendensen bland de finskfödda negativ d v s de med nervösa besvär har tendens till bättre kontakter. Detta är överraskande eftersom man skulle förvänta sig att invandrarna löper större risk att hamna i isolering i samband med psykiska besvär till följd av att de kanske bor långt från släkt, och till följd av språksvårigheter etc.

Tabell 6.18

Andel personer utan kontakt under en 14-dagars period fördelade på nationalitet vid födelsen och nervösa besvär. Signifikanta skillnaden mellan nervösa och övriga markerat med *.

	Nervösa		Övriga	
	Svenskfödd	Finskfödd	Svenskfödd	Finskfödd
Arbetskamrater	63,6 *	55,8	56,7	61,0
Grannar	51,2 **	39,0	42,8	40,6
Släkt	28,7 **	31,2	22,2	35,4
Andra bekanta	31,5 *	18,2	25,2	35,8 **

En närmare analys (se tabell 6.18) visar emellertid att den finskfödda befolkningen med nervösa besvär genomgående har lite bättre kontakter än de med mindre symtom. Det gäller särskilt "andra bekanta". Möjligen kan det här vara en språklig skillnad mellan svensk och finsk i vad som uppfattas som grannar och andra bekanta. Emellertid är det karakteristiskt för den finska invandringen här att många har bekanta och släkt från Finland boende som grannar på Hertsön. Således har drygt 65 % nyligen haft kontakt med sin släkt.

Följande exempel kan vara illustrativt.

> 30-årig finländska som nu går AMS-kurs i svenska språket efter att ha varit arbetslös en längre tid. Hon går annars hemma mesta tiden ensam med en flicka på 6 år medan mannen arbetar i Malmfälten i treveckors perioder som plåtslagare. Hon är född i Kemi och har flyttat upprepade gånger till följd av svårigheter att skaffa jobb. Flyttade till Luleå framförallt för att hon hade en mycket nära vän från Finland som bor här. Hon har senaste åren sökt läkare talrika gånger för olika psykiska och psykosomatiska besvär, värk i ryggen, sömnbesvär, huvudvärk etc. Även om mannen är borta i längre perioder känner hon sig inte alls ensam - har dagligen nära kontakt med gammal flickvän från Finland, och flera nära släktingar som alla bor i samma kvarter på Hertsön. Hon har även i perioder när hon varit sjukskriven åkt hem till föräldrarna i Kemi och bott där. Hon har dessutom många bekanta genom Finska Föreningen på Hertsön.

6.6 Boendemiljö och psykiskt välbefinnande

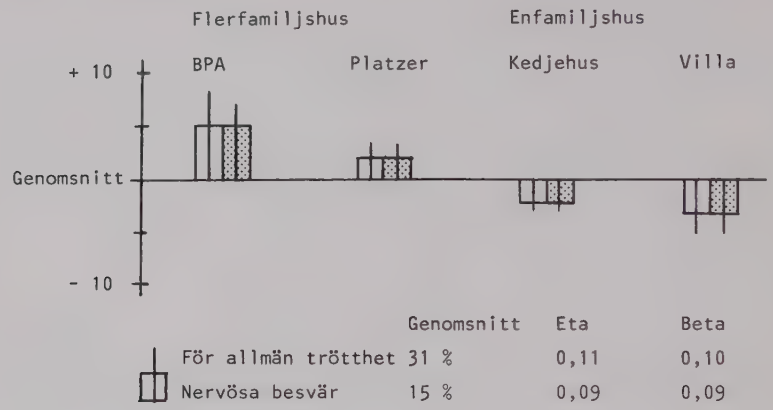
Hertsön har medvetet planerats för att skapa små skillnader i fysisk miljö inom området. Skillnaderna mellan de olika kvarteren vad gäller tillgång till kvarterslokaler, grönområden och service är små. Den avgörande skillnaden ligger i boendeform och upplåtelseform (flerfamiljshus med hyresrätt och enfamiljshus med äganderätt). Som vi redan tidigare har sett skiljer sig kvarteren vad gäller befolkningens demografiska och sociala sammansättning.

Minoritetsgrupper som t ex ensamstående utan barn, invandrare, människor med medicinska, sociala och ekonomiska problem är särskilt fåtaliga i småhusområden således att befolkningen i dessa avseenden är mera homogen. Socialgruppsfördelningen tycks däremot vara mera heterogen i de här studerade småhusområdena, medan tjänstemännen utgör en liten minoritet i hyreshusen. Miljön skiljer sig också från hyreshusen därigenom att omflyttningen är låg och grannkontakterna är mera frekventa. Samtidigt är denna sociala miljö kopplad till en upplåtelseform som ger bättre möjlighet för att genom individuellt och kollektivt handlande förändra sin miljö. Det blir alltså en stark samvariation mellan fysisk miljö, upplåtelseform och social miljö och sambandet mellan dessa olika miljöfaktorer och psykiska besvär kan knappast särskiljas.

Frekvensen av psykiska besvär varierar något mellan de fyra delområdena som vi redovisade i kapitel 4. (Fig 6.2).

Figur 6.2

Andel med allmän trötthet respektive nervösa besvär. Staplarna anger avvikelser från genomsnittet. Oskraverade staplar utan och skraverade med hänsyn till bakgrundsvariabler.



Frekvensen av allmän trötthet varierar från 26 % till 39 % medan nervösa besvär varierar från 12 % till 20 %. Tar vi sedan hänsyn till bakgrundsvariablerna kön, ålder, civilstånd, barn, nationalitet och socialgrupp sker ingen förändring. Det kvarstår samma skillnad, framförallt mellan de två boendeformerna.

Tabell 6.19

Andel med allmän trötthet och nervösa besvär fördelade på boendeform och socialgrupp. Signifikanta skillnaden mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	Andel med allm trött-het	Härav med nervösa besvär	Andel med allm trött-het	Härav med nervösa besvär
Socialgrupp I+II	34,3 *	17,8	27,0	13,4
Socialgrupp III	36,2 ***	17,9 ***	25,0	9,8

Av tabell 6.19 framgår att skillnaden mellan boendeformerna är mest uttalad bland socialgrupp III. Detta kan dels vara uttryck för att de selektiva mekanismerna som kan antas utestänga människor med psykiska besvär från enfamiljshus verkar kraftigare på människor ur socialgrupp III. Men det kan också bero på att de brister i boendemiljön som kan tänkas ha effekt på psykiska besvär verkar kraftigare på socialgrupp III som i många fall har mindre hälsovänliga arbeten vilket ökar betydelsen av fritiden och boendet.

Vi har i de föregående kapitlen pekat på några selektiva mekanismer som kan leda till skillnader i förekomst av ohälsa mellan boendeformerna. I en tvärsnittsstudie som denna går det emellertid inte säkert att avgöra frågan om selektion eller miljöeffekt. I tabell 6.20 finner vi dock att skillnaden i psykiska besvär mellan boendeformerna är särskilt tydlig bland den del av befolkningen som har bott 2 år eller längre i området.

Tabell 6.20

Andel med psykiska besvär fördelade på boendeform och boendetid. (Nyinflyttade är de som bott mindre än 2 år i området). Signifikanta skillnaden mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	nyinflyttade	övriga	nyinflyttade	övriga
Andel med allmän trötthet	32,1	38,0 ***	31,3	24,2
Härav med nervösa besvär	16,9	19,2 ***	14,5	11,0

I det bortfall som finns i enkätstudien av människor som hunnit flytta finns en överrepresentation av människor som nyligen flyttat in i flerfamiljshus, som antagligen inte har trivts och kanske haft psykiska symtom. Detta bortfall torde medföra att de redovisade skillnaderna är underskattningar av de verkliga. Detta bortfall påverkar dock särskilt skillnader inom den nyinflyttade gruppen. Skillnader inom den stabila gruppen skulle kunna förklaras genom en selektiv utflyttning av friska individer utan symtom från flerfamiljshus, men de resultat som redovisades i kapitel 3 talar inte för att det skett något sådant från detta yngre lågstatusområde (se tabell 3.9).

Den enkät som använts i denna studie innehåller (för andra syften) en del frågor av mera somatisk karaktär. Två frågor gällde värk i nacke, axlar och rygg, fem andra frågor olika typer av symtom från magtarmkanalen (illamående, sura uppstötningar, magont, förstoppning, kräkningar).

För att ytterligare testa miljöhypotesen har vi i tabell 6.21 redovisat andel personer som haft något symtom inom dessa två grupper bland nyinflyttade och övriga i de två boendeformerna.

Tabell 6.21

Andel med värk respektive magbesvär fördelad på boendeform och boendetid. Signifikanta skillnaden mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	Nyinflyttade	Övriga	Nyinflyttade	Övriga
Andel med värk	45,9***	46,2**	34,5	40,1
Andel med magbesvär	55,8*	59,5***	47,9	42,9

Vi ser att vad beträffar värk är skillnaden mellan boendeformerna tydligast i den nyinflyttade gruppen, medan den för magbesvären är tydligast i den stabila gruppen. Värk i nacke och rygg är antagligen mindre påverkbart av boendemiljö men kan däremot ha samband med arbete och yrke och skillnaden är därför troligen en selektionseffekt. Däremot är det troligt bl a med tanke på att vi i kapitel 5 fann tydliga samband mellan flyttning och sjukfrånvaro för magbesvär att denna typ av symtom är påverkbart av boendeförhållande. Vi får således ytterligare stöd för att de redovisade skillnaderna i psykiska besvär kan vara ett resultat av miljön.

Vi har redan påvisat att det finns stora skillnader i kontaktfrekvens mellan grannar i de två boendeformerna. Om nu skillnader i psykiska besvär är ett resultat av bl a social isolering i flerfamiljshusen borde vi finna att skillnaden framförallt finns bland de som inte haft grannkontakt nyligen.

Tabell 6.22

Andel med nervösa besvär fördelad på boendeform, boendetid och grannkontakt. Signifikanta skillnaden mellan boendeformerna markerat med *.

	Flerfamiljshus		Enfamiljshus	
	Nyinflyttade	Övriga	Nyinflyttade	Övriga
Utan grannkontakt	15,8	22,3***	18,1	10,2
Med grannkontakt	18,1	15,4	12,7	11,2

Vi ser i tabell 6.22 att skillnaden mellan boendeformerna framförallt finns bland de som bott länge i området och som varit utan grannkontakt. Vi får här ett visst stöd för miljöhypotesen där kontakt med grannarna tycks spela en roll i mekanismen. Frågan är om vi i intervjumaterialet kan peka på några av de mekanismer som kan tänkas spela en roll i sambandet mellan boendemiljö och psykiska besvär.

I intervjumaterialet finns emellertid inga fall som klart illustrerar ett direkt kausalt samband mellan inflyttning till en viss boendemiljö och det senares effekt i form av (ökade) psykiska besvär. Däremot är materialet rikt på illustrationer till hur människor väljer olika handlingsalternativ i sina sätt att klara sina liv i en period av hårdnande villkor på arbetsmarknaden, som nyinflyttade i ett nybyggt bostadsområde etc. Vi har redan refererat en del fall som illustrerar detta.

Här ska vi redovisa tre fall som knyter an till de tre handlingsalternativ som vi redovisade i avsnitt 2.7. Vi använde där två av Hirschmanns beteckningar (i svensk översättning) sorti, protest samt ett tredje alternativ som vi kallade anpassning.

I den grupp av människor med psykiska problem som vi intervjuat är följande handlingsmönster mycket vanligt:

Familj A

I ett hyreshus träffar vi ett äkta par i 35-års åldern med två barn. Han har växt upp i lantbruksbygden och har under många år varit tvungen att flytta runt i landet, tagit säsongsarbeten på lantbruk, skogsarbete och olika entreprenadfirmor. Han klagar över mångåriga besvär med magkatarr, sömnbesvär och oro och tidvisa depressioner. Han har förbrukat stora mängder lugnande medel under många år. Hon är hemsamarit med något skiftande arbetstider och perioder av arbetslöshet. Båda har fått lära att anpassa sig till långa arbetslöshetsperioder har sedan fått jobb ett tag som ofta har frestat på hälsan. Har efter en period gått sjukskriven och slutligen återigen fått söka nytt jobb. "Men nog klarar man sig alltid bara man flyttar på sig så finns det utkomst att få, - man är ju tvungen." Har trots mångårig knackig ekonomi aldrig fått socialhjälp. Bor nu i en trerumslägenhet och känner sig trångbodd med två pojkar i skolåldern. Har dock inte kommit sig för att söka bostadsbidrag för att ha råd med en större lägenhet. Trivs inte med bostadskvarteret, tycker att ungarna skräpar ner, gräsmattan förvandlas till lera. "Vi har inte hört talas om att det finns en kvartersgård. Jag vet inte vad den skulle användas till, inte till kafferep i alla fall med sådana grannar som vi har, - piskar mattor från balkongen. Vi lever inte riktigt som de andra runt omkring i kvarteret, de går på kurser och det tycker inte vi att vi har råd med". Familjen upplever att grannarna är gräsligt nyfikna på deras liv, skulle aldrig vilja be dem om praktiska saker som blomvattning och dylikt. "Men nog kan vi gå med om de ordnar någon fest eller något, bara det inte blir för mycket spring sedan". Familjen har idag inga som helst planer på att flytta". Man får hålla hårt om det man har idag."

För denna familj som drabbats av sjukdom, långvarig arbetslöshet och svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden blir överlevnadsstrategin att anpassa sig genom att sänka sina anspråk även om man är missnöjd med sitt boende. De har inga tankar på att flytta utan tar en dag i taget nu när situationen på arbetsmarknaden är kärv. De vill inte ligga samhället till last och söka socialhjälp eller bostadsbidrag.

Mindre än 50 meter bort ligger en klunga kedjehus där vi besöker en jämnårig barnfamilj som är typisk för den grupp av människor utan psykiska besvär som vi intervjuat.

Familj B.

Han jobbar också på Järnverket men är dessutom deltidsanställd som fackligt ombud. Båda är födda och uppväxta i Luleå. Ingen av dem har varit sjukskrivna eller sökt läkare senaste åren. Har bott i hyreshus några år medan man sparade till kedjehuset. "När vi bodde i lägenhet kände vi nästan ingen av grannarna men nu är det helt annorlunda, vi umgås nästan dagligen med flera familjer på gården, vi träffas ute när vi jobbar i trädgården. Vi är inte så många och det är annorlunda än i hyreshus där det bor så många människor runt omkring och man kan inte ha kontakt med allihopa. Här ser man mycket lättare om man passar ihop. Det är ju så olika vilka intressen man har". Man har tillsammans lagt ner ett stort arbete för att ordna en fin lekplats på gården, har regelbundna fester. Ingen är särskilt aktiv i någon förening men däremot är karlarna på gården ofta ute och springer eller åker skidor tillsammans. På helgen går man ofta och badar bastu. Kvinnorna brukar ha en syjunta en gång per vecka. De flesta barnen är ganska små och är inte så mycket tillsammans ännu, men problem med barnen är ett viktigt samtalsämne för de vuxna. Man har också gjort iordning en badmintonplan på gården och planerar nästa sommar att sätta upp gungor. Man har köpt in några få gräsklippare som man använder gemensamt. Den intilliggande kvartersgården har man ännu aldrig använt, -"men vi kommer kanske att behöva den när ungarna växer upp. Vi vill också bygga upp ett staket mot hyreshusen. Ungarna från hyreshusen springer och förstör för våra ungar i sandlådan. Vad är det för mening att bygga hyreshus och radhus så nära inpå varandra och så lika, då kan det ju vara detsamma om man bor i det ena eller det andra."

Denna familj har lokal förankring i Luleå och utnyttjar möjligheterna i rätt ögonblick till att få ett nybyggt billigt småhus. Man tar till vara de möjligheter till gemenskap och förbättringar av boendemiljön som en liten välavgränsad gård med radhus ger.

Tillbaka i hyreshuset träffar vi en tredje familj.

Familj C.

Han är chaufför och hon är hemmafru med två små barn fyra och sex år gamla. De bor i en trerumslägenhet sedan tre år tillbaka. Han har sedan några år tillbaka haft magbesvär p g a stress, övertidsarbete, skiftarbete och oregelbundna måltider. Men har nu äntligen fått bättre jobb, bättre lön och behöver inte stressa så mycket för att klara sig. "I början när vi flyttade in på Hersön och när alla var nya här kände vi många av grannarna. Vi började arbeta i hyresgästföreningens kontaktkommitté och försökte organisera verksamhet i kvartersgården men trots våra protester drogs kvartersgården in till förskola". De arrangerade filmvisning för barnen men fann snart att många föräldrar skickade sina barn dit ensamma för att få gratis barnvakt. Efter detta började det gå trögt i kontaktkommittén man hade svårt att värva nya människor allt eftersom de gamla flyttade från området. Många flyttade eftersom det var bråk och oro på gården. Många nya har flyttat in som de inte känner "vi tror att de flesta är finländare". De har nu helt slutat arbeta i kontaktkommittén. De känner nu ingen av grannarna och skall i dagarna flytta till en nybyggd villa i ett annat bostadsområde -"vi flyttar till villa mest för barnens skull, tror det blir lugnare miljö för dem. Vi behöver inte ta så mycket hänsyn. I en villa kan man helt vara sig själva. Göra som man vill".

Denna familj som efter några års bekymmer med sjukdom flyttat till Hertsön får i början god kontakt med grannar och startar ett arbete i kontaktkommittén. Men de yttre förutsättningarna är emot, kvartersgården övertas av kommunen till förskola. De av grannarna som har möjlighet tar chansen och flyttar till de småhus som byggs i andra delen av staden. Omflyttningen medför att kontaktkommittén ger upp och familjen lämnar också själva bostadsområdet och flyttar i villa.

De tre fallen illustrerar de tre handlingsalternativ vi nämnde tidigare. Familj A representerar anpassning genom sänkta anspråk, familj B representerar vad vi har betecknat protest, ett begrepp som kanske är mindre betecknande för villaägarnas ganska privatiserade arbete med att förändra sitt hus och närmaste miljö. Vi väljer därför beteckningen förändring. Den tredje gruppen representerar alternativet sorti - som vi vill beteckna med ett svenskt ord - flyttning.

Vi har sökt att systematiskt gå igenom alla 75 intervjuerna för att se hur vanliga dessa handlingsalternativ är och vad som karakteriserar situationen för de människor som handlar på olika sätt. Intervjuutskrifterna har granskats av författaren och vi fann att drygt hälften av fallen naturligt kunde klassificeras i dessa tre grupper. Intervjupersonerna är som sagt ett urval av "sjuka" och "friska". Inom dessa två grupper finner vi att socialgruppstillhörighet och boendeform är två faktorer som spelar stor roll för val av handlingsalternativ.

I nedanstående tabell har vi sökt att i tabellarisk form ge en bild av hur intervjumaterialet fördelar sig på de tre handlingsalternativen. Vi har angett det dominerande handlingsalternativet och siffrorna i parentes anger hur många som kunde klassas i vederbörande alternativ ur det samlade antalet intervjuer i gruppen.

Tabell 6.23

Handlingsalternativen anpassning, flyttning och förändring

Hälsa	Socialgrupp	Flerfamiljshus	Enfamiljshus
FRISK	I + II	flyttning (3 av 5)	förändring (8 av 11)
	III	anpassning (2 av 2)	förändring (4 av 7)
SJUK	I + II	flyttning (2 av 4)	förändring (6 av 13)
	III	anpassning (13 av 20)	anpassning (5 av 13)

Man kan i ord söka sammanfatta den bild som vi fått i intervjuerna med familjer som valt olika handlingsalternativ.

Anpassning

Bland arbetarfamiljer i flerfamiljshus har vi funnit att ett vanligt handlingsmönster i denna situation är att sänka sina anspråk. En del är uppgivna efter många års svårigheter på arbetsmarknaden. Flyttningar har avlöst perioder av arbetslöshet och sjukskrivning. Man törs inte ha några större förväntningar på framtiden - ännu mindre nu efter att förhoppning-

arna inför flyttningen till Luleå grusades av att stålverkets expansion förbyttes till sin motsats.

"Man får hålla hårt om det man har idag" säger många och är oroliga för jobbet i framtiden. Trots missnöje med boendet, klagomål över störande grannar etc gör man inget aktivt för att förbättra på gården eller för att få tag i en annan bostad. Misstänksamhet mot grannarna är kopplat till en oro för att barnen ska få "dåliga" kamrater. Föräldrarnas försök att klara sig på en kärv arbetsmarknad är svår att förena med en trygg uppväxtmiljö för barnen. I försöket att utåt dölja svårigheter med jobbet eller med barnens uppfostran tvingas många att isolera sig. Bristande social förankring betyder sämre resurser och minskad behovstillfredsställelse. Anspråken måste minskas ytterligare för at få ekvationen att gå ihop. Det blir en anpassning genom sänkta anspråk. Sett i ljuset av hur livet i villakvarteren utfaller sig får man det intrycket att upplåtelseformen i hyreshus med små påverkansmöjligheter för individ och kollektiv öppnar vägen för denna onda cirkel av otillfredsställda behov -sänkta anspråk och passivitet och isolering.

Flyttning

Många andra i hyreshusen väljer att flytta eller åtminstone att leva med en ständig känsla av "att jag ska ändå snart flytta härifrån". Det gäller människor som upplever sig i minoritet och olika övriga i kvarteret. Tjänstemän i hyreshus, människor utan barn och även många med sociala och medicinska problem känner att de inte har mycket gemensamt med grannarna och därmed ingen förankring i området. Otillfredsställelse leder snabbt till flyttning från området. Några med psykiska besvär söker anonymitet genom flyttning, hoppas kanske att lösa några av sina problem genom att flytta. Men flyttning leder till olika resultat beroende på individens utgångsläge. De ekonomiskt svagare flyttar ofta till områden av samma karaktär som de kom ifrån, medan starkare grupper flyttar till områden där de möter en miljö som består av grannar som till stor del är lika dem själva, vilket skapar bättre förutsättningar för gemenskap.

Förändring

I småhusen dominerar ett annat handlingsmönster. Anspråken på boendet är högre. Trots en ganska heterogen yrkessammansättning är människornas situation på arbetsmarknaden och deras ekonomi stabilare. Man identifierar sig starkt med boendet och ägnar mycket tid åt huset, att bygga och förbättra. Även bland många med betydande medicinska och psykologiska bekymmer är trivseln med boendet hög och kontakterna med grannarna goda. En stark upplevelse av likhet med övriga i kvartert tycks spela en viktig roll. Otillfredsställda behov leder här till aktivitet och konsumtion kring boendet i en annan utsträckning än i hyreshusen. Man känner sig friare, mindre påpassad och mindre rädd för kontakt med grannar. Konsekvenserna av ett sådant närmande tycks vara lättare att överblicka till följd av förväntningar om gemensamma intressen med huset och barnen och antaganden om gemensamma ekonomiska förutsättningar. De utnyttjar äganderätten till att bygga om, ordna hobbylokaler för sig själva och tillsammans med grannarna förbättra lekplatser etc. De flesta har god hälsa men även bland de som har psykiska besvär och problem inom familjen är det utåtriktade offensiva handlingssättet dominerande.

Boendet och ekonomiska förutsättningar tycks överbrygga de hinder som eventuella sjukdomar och besvär kan ge. Resultatet blir bättre kollektiva resurser i kvarteret som motsvaras av äganderättens möjligheter att påverka bostaden och närmiljön.

Denna redovisning är naturligtvis inget annat än ett sammanfattande intryck som visserligen finner stöd i många av de fall som har redovisats i detta kapitel men där de orsakssamband som här och var antytts är hypotetiska.

Sammanfattningsvis kan vi dock säga att såväl de statistiska analyserna av enkätmaterialet och de olika fallbeskrivningarna ger stöd åt några hypotetiska antagande om boendemiljöns effekt på det psykiska välbefinnandet:

Trots att Hersön har en relativt homogen fysisk miljö och trots att kollektiv service, fritidsanläggningar etc inte skiljer sig mycket mellan de olika kvarteren finner vi ändå skillnader i psykiskt välbefinnande framförallt mellan boendeformerna. Skillnaderna är små, men är dock tydligast bland de som bott längre tid i området och som har få kontakter med grannarna. Upplåtelseform och befolkningssammansättningen i kvarteret uppställer vissa hinder för val av handlingsalternativ. Äganderätt och homogen resursstark befolkning möjliggör handlingsalternativet förändring, medan hyresrätt och en befolkning med många resurssvaga hindrar förändring och gör flyttning till ett näraliggande alternativ, om inte förändring eller flyttning är möjlig återstår endast anpassning genom sänkta anspråk. Det senare är i långa loppet inte förenligt med gott psykiskt välbefinnande.

7 AVSLUTANDE DISKUSSION

Vårt syfte med föreliggande undersökning är att studera hållbarheten i tre olika förklaringsförsök till att psykiska och psykosomatiska besvär ofta är särskilt vanliga i nybyggda förortssamhällen.

- om det bland den geografiska rörliga delen av befolkningen finns en överrepresentation av människor med psykiska och psykosomatiska problem leder detta till en anhopning i inflyttningsområden (selektionseffekt),

- om flyttning i sig ökar risken för psykiska och psykosomatiska besvär vill det också leda till en sådan anhopning (flyttningseffekt).

- om miljön i nybyggda förortsområden skapar hinder för psykisk hälsa får vi samma resultat. Den fysiska miljön, befolkningssammansättning och sociala kontakter kan här spela en roll (miljöeffekt).

Vår teoretiska utgångspunkt är att se individen som aktivt handlande i en vardaglig strävan att tillfredsställa sina behov genom att bibehålla och utvidga sin kontroll över väsentliga livsvillkor. Vid bristande behovstillfredsställelse finns tre utvägar för individen - att vidga kontrollen över sina livsvillkor för att därigenom kunna förändra dem, att fly(tta) till andra förhållanden och slutligen att anpassa sig genom att ändra sina anspråk och behov.

Den första hypotesen om att den rörliga delen av befolkningen har ökad förekomst av hälsoproblem får stöd i två delstudier. I en jämförelse mellan flyttare inom kommunen och ett tvärsnittsurval av befolkningen finner vi att flyttarna innan flyttning är mera sjukskrivna än de fastboende. Det gäller särskilt de som flyttar till och från flerfamiljshusområden. En sådan selektion leder till att det i nybyggda bostadsområden åtminstone i en övergångsperiod blir en anhopning av människor med hög sjukfrånvaro.

Vi finner även i en studie av de som flyttar till Luleå från andra kommuner att de innan flyttning är mera sjukskrivna än personer som stannar kvar på de orter som flyttarna lämnar. Denna selektion gäller enbart socialgrupp III och är särskilt uttalad bland de som flyttar från storstäder till Luleå. Skillnaden i sjukfrånvaro mellan flyttare och kvarboende gäller främst sjukskrivning för psykosomatiska symtom från magtarmkanalen och symtom från rörelseorganen.

Från skillnader i sjukfrånvaro kan man dock endast med starka förbehåll dra slutsatser om skillnad i hälsotillstånd. Med utgångspunkt i ett antagande om att sjukfrånvaron är ett resultat av ett samspel mellan ohälsa, arbetsförhållande, familjesituation och beteendemönster blir frågan närmare bestämt om man kan anta att arbetsförhållande m m skiljer sig mellan flyttare och kvarboende oavsett hälsotillstånd. För de som flyttar inom kommunen är det troligt att förändringar inom familjen (familjebildning, barnafödande, skilsmässa etc) samtidigt kan utlösa ökad sjukfrånvaro och flyttning till annan bostad.

För de som flyttar över kommungränsen är det likaledes troligt att påfrestande arbetsförhållande med hög sjukfrånvaro leder till flyttning. Det är således fullt möjligt att den högre sjukfrånvaron bland flyttare åtminstone delvis har andra förklaringar än nedsatt hälsa. Sjukfrånvaron

kan här likaväl som flyttning tolkas som en reaktion på en yttre belastning som kan, men inte behöver ha lett till sämre hälsa. Till stöd för ett sådant antagande kan man även peka på att denna selektion endast finns bland socialgrupp III. Medan tjänstemän ur socialgrupp I och II oftast flyttar som ett led i en karriär, torde arbetare ur socialgrupp III oftare flytta till följd av negativa förhållande på utflyttningsorten - dålig arbetsmiljö eller boendemiljö, arbetslöshet etc.

Tidigare forskning om sambandet mellan flyttning och psykisk hälsa har ofta funnit att flyttare från landsbygd till stad utgör en positiv selektion i hälsoavseende, medan flyttare mellan och inom städerna ofta utgör en negativ selektion. Här har vi inte kunnat påvisa någon positiv selektion bland de som flyttar från glesbygden men däremot en påtaglig negativ selektion i sjukfrånvaro bland de som flyttar mellan och inom städerna. Många förhållanden kan leda till att man får skiftande resultat i denna typ av studier. Vi har tidigare pekat på att de krafter som styr de inrikes flyttningsrörelserna och deras selektion varierar bl a beroende på arbetsmarknaden på in- och utflyttningsorterna.

Om sjukfrånvaro är ett mått på hur attraktiv individen är på arbetsmarknaden kan man tänka sig att i lågkonjunktur där endast den mest attraktiva arbetskraften får jobb blir selektionen bland flyttarna positiv medan det i högkonjunktur där även den mindre attraktiva arbetskraften får sin chans blir en selektion som är mindre positiv eller kanske rent av negativ. Under de åren då vi studerat inflyttning till Luleå hade man här lokalt en mycket kraftig högkonjunktur med en snabbt expanderande arbetsmarknad. Detta kan alltså ligga bakom den selektion vi här observerat och även förklara den skillnad som finns i förhållande till andra undersökningar.

Det andra förklaringsförsöket gäller effekt av flyttning på flyttarnas psykiska och psykosomatiska hälsa. Vi har här jämfört sjukfrånvaron före och efter flyttning hos flyttarna och under samma period hos matchade kontrollfall som stannar kvar på utflyttningsorterna. Vi har funnit att sjukfrånvaron mätt som antal dagar inte förändras i förhållande till de kvarboende, medan antalet sjukfall ökar främst bland de som flyttar från glesbygd men även bland de som kommer från städer större än Luleå. Band de som flyttat från glesbygd har en större andel ökad frånvaro för psykosomatiska besvär bl a från mag-tarmkanalen medan det bland flyttarna från större städer främst sker en ökning av besvär från rörelseorganen och andningsorganen.

Man kan fråga sig om dessa förändringar är resultat av flyttning i sig eller av skillnader mellan miljöförhållande på ut- och inflyttningsort. För det senare talar att de som flyttar från glesbygd har en ökning som kan ha samband med inflyttningsortens större urbaniseringsgrad vilket vi vet har samband med sjukfrånvaro. Även bland de som flyttar från större städer finns emellertid en viss ökning. Det kan dock tänkas bero på en förändrad arbetsmiljö som leder till bl a flera ryggbesvär och luftrörsbesvär. För att flyttningen d v s förändringen i sig har betydelse talar det förhållande att det ökade antalet sjukfall finns bland de som flyttar från orter som skiljer sig tydligt från Luleå i tätortsgrad, medan de som flyttar från näraliggande samhällen av samma tätortsgrad inte har någon förändring i frånvaro.

Ett problem vid tolkning av dessa data är att vi kan se flyttning dels som en stressfaktor som drabbar individen negativt men också som ett sätt för individen att klara sig ur en negativ påverkan på utflyttningsorten (flyttning som coping). Båda antagandena är säkert giltiga men det gör det vanskligare att tolka resultaten eftersom flyttning som coping kan antas

leda till minskad frånvaro i den mån flyttningen leder til minskad belastning på individen.

Socialgrupp III har innan flyttning högre frånvaro och för denna grupp kan man anta att flyttning oftare är ett försök att komma ur en påfrestande situation. Men samtidigt är det socialgrupp III som har ökad frånvaro för vissa symtom i samband med flyttning. Såtillvida förefaller försöket vara mindre lyckat. Det är en slutsats som gäller på gruppnivå och det hindrar naturligtvis inte att flyttning kan vara lyckad i det enskilda fallet. Data ger dock en antydan om att det är de socialt utsatta som redan innan flyttning har hög sjukfrånvaro för främst psykiska besvär och rörelseorganens sjukdomar som drabbas av ökad frånvaro vid flyttning.

Oavsett vad orsaken till det förändrade sjukfrånvaromönstret i samband med flyttning är kan vi konstatera att konsekvensen blir att om det i ett bostadsområde finns många nyinflyttade arbetare från övriga landet blir det en högre frånvaronivå för främst psykosomatiska besvär.

På samma sätt som tidigare får vi emellertid här vara mycket återhållsamma med att dra slutsatser från data om sjukfrånvaro till data om hälsoförhållande. Återigen får vi konstatera att arbetsförhållande, familjeförhållande och beteendemönster mycket väl kan förändras i samband med flyttning på ett sådant sätt att det leder till ökad frånvaro oavsett förändringar i hälsotillståndet. Att vi får ett förändrat diagnosmönster mera än ett förändrat antal sjukdagar talar möjligen för att det finns ett förändrat symtommönster efter flyttning, men som sagt kan detta vara ett resultat såväl av miljön på inflyttningsorten Luleå som av flyttningen i sig.

Den tredje förklaringen gäller betydelsen av boendemiljön i fysiskt och socialt avseende. Det bör understrykas att uppläggningen av denna studie är mindre väl valt för studiet av denna hypotes. Dels har vi koncentrerat oss på en stadsdel med ganska homogen fysisk och social miljö, dels har vi använt tvärsnittsdata och har således inte kunnat studera t ex hälsoförändringar hos människor som flyttar till olika typer av bostadsområden.

Inom det nybyggda bostadsområdet som vi studerar finns olika kvarter som skiljer sig vad gäller husens upplåtelseform - flerfamiljshus med hyresrätt och enfamiljshus med äganderätt. Prevalensen av psykiska symtom varierar mellan de olika kvarteren och framförallt mellan kvarter med olika upplåtelse- och boendeform. Skillnaden mellan boendeformerna är mera uttalad bland de som bott där längre tid jämfört med nyinflyttade, och vi finner också att skillnaden är särskilt uttalad bland de som bott längre tid och inte har haft kontakt med grannar under den senaste tvåveckors perioden. Allt detta stödjer ett antagande om att närmiljön i bostadsområdet spelar en viss roll. Flerfamiljshuskvarteren skiljer sig i flera avseenden från enfamiljshuskvarteren. För det första är boendet i enfamiljshusen förenat med ägande och därmed med rätt att bestämma över sin bostad och det arbete med att förändra och förbättra som man vill utföra där. Men samtidigt är befolkningssammansättningen i småhuskvarteren i många avseenden mera homogen. Befolkningen är helt dominerat av barnfamiljer med etablerad ställning på arbetsmarknaden, en stor minoritet tillhör visserligen socialgrupp III, men flera minoritetsgrupper är mera sällsynta. Det gäller invandrare, ensamstående utan barn, arbetslösa, missbrukare, sjuka och handikappade. Detta ger förutsättningar för goda grannkontakter och därmed möjlighet för att även i mera kollektiva former förbättra sin omgivning.

Oavsett om de färre psykiska besvären i denna miljö är ett resultat av miljö eller selektion är skillnaderna emellertid små. Boendeform förklarar inte mera än någon procent av variationen i psykiska besvär i den studerade befolkningen. Det är en skillnad som är statistiskt signifikant men knappast socialpolitiskt signifikant, i den meningen att den kan vara ett tillräckligt underlag för att vidta förändringar.

En förklaring till att skillnaderna här blir så små är troligen att vi jämför närmiljöer som trots allt är ganska lika beträffande fysisk miljö, offentlig service, fritidsutbud etc. En annan orsak kan vara att vi använder ett ganska ospecifikt mått på psykiska problem.

Även det bortfall som finns i enkäten tenderar antagligen att minska de observerade skillnaderna genom att människor som inte trivs och har besvär har hunnit flytta. En annan svaghet är att boendemiljöerna som jämförs är indelade i ganska grova kategorier där det inte går att skilja betydelsen av olika element i den fysiska och sociala miljön.

Intervjumaterialet ger inte heller några exempel som illustrerar enkla kausala samband mellan boendemiljö och psykiska symtom. Däremot finner vi att boendemiljö liksom klasstillhörighet och hälsotillstånd kan uppställa hinder och möjligheter för val av handlingsstrategi när människor ska anpassa sig i ett nytt bostadsområde. Tre grundläggande strategier är här förändring, flyttning och anpassning.

Vid analysen av intervjumaterialet framträder detta mönster. Bland tjänstemän i karriären och andra med goda hälsomässiga och ekonomiska resurser är inflyttning till Hertsön inflyttning till ett hus man själv äger och till ett kvarter där de flesta är lika en själv och med vilka man har många gemensamma kontaktpunkter i hus och barn. Man utnyttjar äganderätten och gemenskapen med grannarna till att ytterligare förbättra sin närmaste boendemiljö.

För andra, ofta yngre ensamstående ur olika yrken, blir bostaden på Hertsön en lägenhet i ett hyreshus. De som är tjänstemän eller utan barn känner sig i uppenbar minoritet med lite gemensamt med grannarna. Några söker engagera sig för att skapa förändringar i området, men svårigheterna är stora. De flesta flyttar snabbt vidare.

En tredje grupp består av människor ur arbetarklassen, många har en osäker ställning på arbetsmarknaden med långa arbetslöshetsperioder och dålig hälsa. Oftast bor de i hyreshus. Man känner sig missnöjd med bostadsområdet, isolerar sig från grannar och vill inte ha insyn i familjens många bekymmer. En ond cirkel av psykiska besvär, isolering, vantrivsel och sänkta anspråk bildas.

På så sätt kommer upplåtelseform, segregation och sociala kontaktnät att uppställa hinder och möjligheter för människors val av handlingsalternativ och behovstillfredsställelse. Men detta val sker samtidigt inom de ramar som klasstillhörighet, ställning på arbetsmarknaden och hälsotillstånd uppställer.

Att kunna kontrollera och förändra sina livsvillkor antas vara en grundläggande förutsättning för psykisk hälsa. Bostaden och bostadsområdet är en del av människors livsvillkor. För många som har små möjligheter till att kontrollera och styra sitt yrkesarbete blir boendet och fritiden det område där behovet av att kunna kontrollera och förändra ska kunna tillgodoses. Häri ligger en stark drivkraft till att äga sin bostad eftersom kontrollen över boendet är kopplat till ägandet. Och häri ligger kanske

också en förklaring till att den psykiska hälsan tycks vara lite bättre i enfamiljshus med äganderätt. Men det är inte ägandet av bostaden utan möjlighet till kontroll över en visserligen liten men inte oviktig del av sina livsvillkor som har betydelse. Hur kontrollen över människors livsvillkor är fördelade blir således en viktig hälsopolitisk och bostadspolitisk fråga.

Den bild som våra intervjuer ger är naturligtvis mest deskription och ingen analys i ventenskaplig mening. De har emellertid den viktiga funktionen att antyda mekanismer bakom de statistiska samband som alltid kommer att röra sig på ytan. Vi får även en förklaring till varför en enkel korrelation mellan boendemiljön och psykiska besvär ger så lågt förklaringsvärde. Vi kommer närmare verkligheten om vi ser människor som aktivt handlande i ständiga försök att kontrollera sina livsvillkor. Förändring, flyttning och sänkta anspråk blir tre alternativ som ofta men inte alltid leder till bättre kontroll och därmed till psykisk hälsa. Men samtidigt visar vår undersökning också att vi för att komma vidare i en analys av de mekanismer som förbinder samhällsstruktur och individens hälsa måste ha en klarare teori dels om hur samhällsstrukturen ställer upp ramar för människors verksamhet och handlande, dels om hur handlandet, och anpassningsförsöken är kopplade till psykiska symtom. Utan teori blir ocialmedicinen lätt fångad mellan statistiska analyser av ytfenomen och en hermeneutisk förståelse som är lättpåverkad av det som just nu förefaller vara sunt förnuft.

Syftet med föreliggande undersökning är att studera olika orsaker till att det i nybyggda förortssamhällen ofta blir en hög andel människor med psykiska och psykosomatiska besvär.

Vi har i kapitel 2 gjort en översikt över tidigare undersökningar som studerat och analyserat förekomst av psykisk ohälsa i olika typer av lokalsamhällen och bostadsområden. Vi har redovisat en rad studier som sökt belysa sambandet mellan omflyttning och psykisk och psykosomatisk ohälsa. Vi har särskilt sökt belysa frågan om selektion och effekt av flyttning bland de som flyttar inom lokalsamhällen eller kommuner och de som flyttar över kommungränserna.

Slutsatsen av denna genomgång blir att det är tre förklaringsförsök som framförallt förefaller fruktbara att närmare analysera. Det gäller frågan om huruvida flyttarna utgör en selektion i hälsoavseende, huruvida flyttning i sig kan leda till ohälsa och i vilken mån boendemiljön har effekter på psykisk hälsa. Vad gäller boendemiljön är det särskilt betydelsen av boendeform, segregation och social isolering som förefaller viktig att närmare studera.

I kapitel 3 har vi redovisat en delstudie där vi jämfört registerdata på ett tvärsnittsurval om 3 186 vuxna individer i Luleå kommun med de 3 105 vuxna personer som under en 10-veckors period hösten 1977 flyttade till-, från och inom Luleå kommun. På varje individ har insamlats data från folkbokföring, socialvårdsregister och sjukförsäkringsregister. I en analys av tvärsnittsurvalet enbart finner vi att sjukfrånvaronivån varierar betydligt mellan olika bostadsområden. Högst är frånvaron i yngre lågstatusområden, lägst i äldre högstatusområden. Även när vi tar hänsyn till fördelning enligt ålder, civilstånd, inkomst och socialgrupp finner vi skillnader framförallt mellan låg- och högstatusområden. Detta kan dock fortfarande mycket väl vara betingat av selektion till olika bostadsområden enligt faktorer som vi inte tagit hänsyn till och någon säker slutsats om samband mellan boendemiljö och sjukfrånvaro kan inte dras.

Omflyttningen i kommunen är under observationsperioden hösten 1977 mycket hög, 34 procent räknat per år. Flyttarna skiljer sig från tvärsnittsurvalet genom att vara mycket yngre, ha lägre inkomst och vara mera sjukskrivna. Även när vi tar hänsyn till ålder, civilstånd, inkomst och socialgrupp är sjukfrånvaron bland människor som flyttar till och från flerfamiljshus högre än bland kvarboende. Detta förhållande leder till att det i nybyggda bostadsområden blir en åtminstone förbigående anhopning av människor med hög sjukfrånvaro.

Om det som i Luleå under observationsperioden är ett villaområde med låg sjukfrånvaronivå som har ett inflyttningsnetto kan resultatet av denna selektion bli en tendens till åtminstone tillfällig minskad skillnad i frånvaronivå mellan olika stadsdelar i kommunen. Under andra förhållanden kan resultatet bli annorlunda. Att människor som flyttar har ökad frånvaro åren innan flyttning kan tolkas som att flyttning ofta är ett sätt att bemästra en yttre belastning på individen från t ex en bristfällig boendemiljö, men oftare är flyttning uttryck för ändrade bostadsbehov till följd av familjebildning, barnafödande, skilsmässa etc och dessa förhållanden kan antagligen samtidigt leda till ökad sjukfrånvaro. På så sätt behöver sjukfrånvaroskillnader mellan flyttare och kvarboende inte vara uttryck för sjukdom i klinisk bemärkelse utan sjukfrånvaro kan liksom

flyttning ses som ett adekvat sätt för individen att reagera på en yttre belastning.

I de följande kapitlen har vi koncentrerat intresset till bostadsområdet Hertsön i Luleå. Det var när denna studie påbörjades 1976 den senast färdigställda stadsdelen. Området består av tre delar - ett sammanhängande villaområde, ett sammanhängande område med 2-3 vånings hyreshus och ett långsmalt område bestående av 12 kvarter med omväxlande 2 vånings hyreshus och kedjehus. Trots att man har strävat efter en uppblandning av boende- och upplåtelseformer i syfte att minska segregationen och dess effekter får man redan vid inflyttning till området en klar skiktning av befolkningen mellan kvarteren. Andelen socialgrupp III, invandrare och ensamstående är betydligt lägre i småhus än i hyreshus. Sjukfrånvaronivån bland befolkningen på Hertsön är betydligt högre än för kommunen som helhet. Det gäller i synnerhet i hyreshusen.

I kapitel 5 har vi analyserat huruvida detta beror på att människor som flyttar till området från andra kommuner än Luleå redan innan flyttning är mera sjukskrivna än kvarboende eller om sjukfrånvaron ökar i samband med flyttning till Luleå. Vi har kodat sjukfrånvarouppgifter (diagnos och dagantal) från försäkringsregistrets F-kort för alla individer som flyttade till Hertsön från andra kommuner i landet för perioden 3 år före flyttning och upp till 3 år efter d v s längst t o m 1975 när man upphörde att föra F-kort på försäkringskassorna. För varje flyttare har utvalts ett kontrollfall av samma kön, ålder och försäkringsklass (anställd/icke-anställd) som bodde kvar i den kommun som flyttarna lämnat. Materialet omfattar 971 flyttare med inkomst av anställning och lika många kvarboende kontrollfall.

Vi finner att flyttarna redan innan flyttning varit mera sjukskrivna än kvarboende. Det gäller enbart för socialgrupp III och är mest uttalad bland de som flyttar från städer större än Luleå, vilka främst omfattar Stockholm. Skillnaden mellan flyttare och kvarboende är dessutom mest uttalad för psykosomatiska symtom från magtarmkanalen. En trolig förklaring till detta är att människor väljer flyttning som ett sätt att klara en yttre påfrestning. Människor ur socialgrupp III som flyttar från större städer gör det sällan för att söka jobb och utbildning i Luleå utan antagligen ofta för att de inte trivs med sitt arbete eller boende. Människor som flyttar från glesbygden däremot flyttar antagligen ofta för att få arbete eller utbildning. Detta leder inte till samma selektion.

Men människor som kommer från glesbygden drabbas emellertid av viss förändring av sjukfrånvaron. Antalet sjukfall ökar mera för flyttarna än för de kvarboende under samma period men antalet sjukdagar förändras inte signifikant. Däremot förändras symtombilden något således att andelen personer med flera frånvarodagar för psykosomatiska besvär från magtarmkanalen är större bland de som flyttar från glesbygden än de som stannar. För de som flyttar från större städer sker det i stället en viss ökning för besvär från rörelse- och andningsorganen. Ökad frånvaro drabbar enbart socialgrupp III.

Huruvida dessa förändringar är ett resultat av den förändring och påfrestning som flyttningen i sig medför eller om den är ett resultat av den miljö som möter människor i deras arbete och boende i Luleå kan inte avgöras. Oavsett orsaksförhållande har vi emellertid här två förhållande som kan leda till att det i ett nybyggt bostadsområde blir en högre frånvaro för främst psykosomatiska besvär. Vi får även konstatera att förändringar i sjukfrånvaro inte behöver vara ett mått på förändrat hälsotillstånd. Sjukfrånvaro är ett resultat av ett komplicerat samspel mellan hälsotill-

stånd, arbete, boende och familjesituation. Förändras arbete och boende som det sker i samband med flyttning kan det tänkas att även frånvarobehovet ändras även om hälsotillståndet i klinisk bemärkelse inte förändras.

Sjukfrånvaro har således sina starka begränsningar som hälsomått. Vi har i Appendix A närmare diskuterat detta. Det är knappast användbart för andra än människor med sjukpenninggrundande inkomst av anställning och dessutom finns, framförallt för psykiska symtom en kraftig underrapportering. Bl a av dessa skäl har vi studerat psykiska besvär hos befolkningen på Hertsön med hjälp av en postenkät som även omfattar några korta frågor om sociala kontakter. Ett index över psykiska symtom har bildats och validerats (se Appendix D).

På enkätstudien finns ett icke obetydligt bortfall. Dels hade 17 % hunnit flytta från området från den dagen vi lade upp ett register på områdets befolkning och till enkäten distribuerades. Dels svarade 19 % inte på enkäten. Bland båda typer av bortfall finns antagligen en överrepresentation av människor med psykiska symtom, och många av de skillnader som redovisas torde bli underskattningar av de verkliga.

På basis av enkätsvar och sjukfrånvaro har vi valt ut 50 personer av de som haft nervösa besvär eller varit långvarigt sjukskrivna och 25 personer av de som inte haft några psykiska besvär och inte varit sjukskrivna senaste året. Med dessa 75 personer har två socionomer genomfört långvariga strukturerade samtalsintervjuer. Dessa fallbeskrivningar har sedan använts för att ge illustrationer till och peka på tänkbara mekanismer bakom de statistiska samband som framkommit i analysen av enkät och registerdata.

I kapitel 6 har vi redovisat analysen av enkät och intervjumaterial. Sambanden mellan våra mått på psykiska besvär, sociala kontakter och geografisk rörlighet är här ganska svaga. Intervjumaterialet visar här att detta bl a beror på att flyttning har helt olika konsekvenser, för människor som flyttar av olika orsaker och med olika ställning på arbetsmarknaden. För tjänstemän i karriären är flyttning något helt annat än för den arbetare som tvingas flytta för att skaffa sig arbete. För den förre blir flyttning ofta ett led i en uppåtgående spiral av bättre arbeten, bättre bostäder, bättre hälsa etc medan det för den senare ofta blir en ond cirkel av arbetslöshet, flyttning, sjukdom, social isolering, arbetslöshet o s v.

Det tredje förklaringsförsöket gäller betydelsen av boendemiljön i fysiskt och socialt avseende. Hertsön omfattar olika kvarter som skiljer sig vad gäller upplåtelseform och boendeform (flerfamiljshus med hyresrätt och enfamiljshus med äganderätt). Även den sociala miljön skiljer sig. Befolkningssammansättningen är som nämnts olika och sociala kontakter är mycket mera frekventa i småhusen. Om grannkontakter även skiljer sig i mera kvalitativt avseende ger inte enkäten svar på. Socialgrupp I och II är i minoritet i flerfamiljshusen och har kanske därför färre kontakter än socialgrupp III som är i majoritet. I småhusen är det ingen skillnad i grannkontakt mellan socialgrupperna.

Vi finner även att skillnad i grannkontakter mellan boendeformerna är tydligast bland människor utan barn. Gemensamma intressen med barn och radhus ger ofta anledning till kontakt med grannar. Dessa kontaktorsaker tycks i många fall kunna överbrygga de hinder som psykiska besvär kan uppställa för kontakt med grannar. Medan vi bland svenskfödda finner att människor som bor i hyreshus eller har psykiska besvär är mera socialt isolerade, förefaller det bland den finskfödda minoriteten att vara tvärt-

om. Det finns i bostadsområdet en klar tendens till att människor från Finland och Tornedalen som växt upp i samma by också bor nära varandra på Hertsön. Många har släkt och gamla bekanta som grannar. Jämför vi nu förekomst av psykiska besvär i olika kvarter på Hertsön finns det en skillnad framförallt mellan flerfamiljshus och enfamiljshus. Skillnaden kvarstår även om vi tar hänsyn till individuella riskfaktorer som kön, ålder, civilstånd, nationalitet och socialgrupp. Skillnaden är tydligast bland socialgrupp III, bland personer som bott flera år i området och som har mindre kontakt med grannar. Allt detta talar för att skillnaden inte bara är en effekt av selektiv in- och utflyttning utan också är en miljöeffekt.

Som nämnts är flera olika egenskaper i boendemiljön knuten till boendeformen och tenderar att alltid finnas samtidigt. I småhusen där upplåtelseformen ger människor rätt att förändra och påverka sin omgivning, finns det samtidigt en homogen resursstark befolkning, goda grannkontakter och låg omflyttning. Vilka förhållande som har vilka effekter kan vara svårt att avgöra. Våra intervjuer ger således inga exempel som klart visar hur inflyttning till en viss boendemiljö har haft direkt effekt i form av psykiska besvär. Däremot visar materialet tydligt hur människor beroende på klasstillhörighet, hälsotillstånd och boendeform väljer olika handlingsalternativ för att kunna klara den belastning som inflyttning till ett nytt område kan innebära. Tre grundläggande alternativ finns: förändring, anpassning och flyttning. Att kunna kontrollera sina livsvillkor anses vara en avgörande förutsättning för psykisk hälsa. Äganderätt, homogen resursstark befolkning och goda grannkontakter möjliggör att välja handlingsalternativet förändring. Men för de som bor i hyreshus blir flyttning ofta enda sättet att få en förändring till stånd. Om inte flyttning är en möjlighet blir anpassning med förändrade anspråk och behov den enda utvägen som i många fall inte är förenlig med psykiskt välbefinnande.

SJUKFRÅNVARO SOM MÅTT PÅ OHÄLSA

I de två delstudierna som redovisas i kapitel 3 och 5 angående samband mellan flyttning och ohälsa har vi använt sjukskrivning från arbetet som mått på ohälsa.

Motivet för det har främst varit att sjukskrivning är ett mycket lätttillgängligt mått där uppgifter finns registrerade retrospektivt för varje individ på samma kort eller datapost oavsett om individen har flyttat mellan olika försäkringskassor.

Frågan är emellertid i vilken mån sjukfrånvaro är ett användbart mått på ohälsa.

I Sverige är alla som fyllt 16 år, och som är bosatta i landet och har en årlig inkomst av eget arbete på över 4 500 kronor sjukpenningförsäkrade. Samma gäller hemmamakar och ensamstående med hemmavarande barn under 16 år.

I lagen om allmän försäkring sägs det att "sjukpenning utgår vid sjukdom som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften". Kravet på nedsatt arbetsförmåga ska åtminstone på kort sikt ställas i förhållande till det arbete som den försäkrade har just då. På längre sikt kan bedömningen dock ske i förhållande till andra tillgängliga arbeten och rätten till sjukpenning kan dessutom dras in och övergå i rätt till sjukbidrag eller förtidspension.

Ersättning utgår inte för insjuknandedagen d v s den dag när man anmäler sig sjuk till försäkringskassan. Första sjukdagen ingår alltså inte i den ersatta sjukfrånvaron som ligger till grund för den statistik som här har använts. Vid sjukfrånvaro över 7 dagar krävs läkarintyg som grund för fortsatt sjukskrivning. Den diagnos som redovisas i sjukskrivningsstatistiken är således vid kortare sjukfall den sjukes egen uppgift medan den vid längre sjukanmälan anger läkarens diagnos. Den senare kan i många fall vara osäker därför att diagnosen ofta sätts vid första kontakten där någon precis diagnos inte kunnat ställas. I andra fall kan läkaren av integritetsskäl dölja den verkliga orsaken.

I den lagtext som citerades ovan har man inte närmare angett vad som menas med sjukdom. I Socialvårdskommitténs betänkande (SOU 1944:15) konstaterar man dock att "vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom". Sjukdomsbegreppet som det används i försäkringssammanhang är alltså underkastat de fluktuationer som sker i befolkningens, samhällets och sjukvårdens uppfattning av vad som är sjukdom.

Man kan således konstatera att av rent försäkringstekniska orsaker har sjukfrånvaron sina allvarliga brister som indikator på befolkningens hälsotillstånd:

- På grund av de angivna begränsningar vad gäller ålder och inkomst täcker den mindre än 60 % av befolkningen.

- Vissa korta sjukfall som endast omfattar insjuknandedagen eller som faller på en fridag registreras inte. Vid längre sjukfall (1-2år) utgår ersättning i form av sjukbidrag eller förtidspension.

- Därtill kommer att sjukdom i försäkringsteknisk mening ska ses i relation till arbetsförmåga i det arbete som individen just nu har och i relation till arbetsmarknaden på orten. Personer med mer krävande arbete kan alltså tänkas bli sjukskrivna vid mindre funktionsnedsättningar än personer med mindre krävande arbete, eller personer som bor på orter med en mera differentierad arbetsmarknad.

Två andra förhållanden har ofta framförts som argument mot att sjukfrånvaron skulle avspegla befolkningens hälsotillstånd. Det ena gäller den ökning som skett framförallt under åren 1967-76 och det andra gäller det förhållandet att unga människor är betydligt oftare sjukskrivna än äldre.

Från 1967 till 1976 ökade sjukfrånvaron per försäkrad från 0,9 till 1,5 sjukfall per år och från 16,9 till 23,2 dagar per år. Procentuellt har ökningen alltså varit kraftigast i antal sjukfall men 4,8 av de 6,3 dagar som frånvaron ökat har visat sig falla bland sjukfall av mer än 6 dagars varighet. Ökningen har varit störst bland människor i åldern 16-29 år (Socialstyrelsen 1981).

Det är anmärkningsvärt att denna ökning återfinns i flertalet industrialiserade länder trots varierande politisk-ekonomisk struktur och försäkringssystem (ISSA 1981).

Förklaringen till den ökade sjukfrånvaron kan vara flera.

- Man kan anta att en större andel av de människor som uppfyller lagstiftningens kriterier på sjukdom har fått möjlighet att sjukskriva sig. Den ökning av sjukpenningen som skedde 1974 kan här spela en viss roll. En förbättrad tillgång till sjukvård kan också ha betydelse. Det har skett en utbyggnad av sjukvården från 2,1 till 2,5 läkarbesök per invånare under perioden 1966-76. Därtill kommer att en större del av de försäkrade är förvärvsarbetande. Detta tenderar att öka frånvaron eftersom hemmamakeförsäkrade har låg benägenhet att sjukskriva sig. Detta förklarar en del av den ökade frånvaron bland kvinnor. Å andra sidan kan ökat deltidsarbetande antas motverka denna tendens.

- Man kan också anta att sjukdomsbegreppet har vidgats. Mycket talar för att t ex den utbyggnad som skett av den öppna psykiatriska vården har bragt nya typer av mänskliga problem (som t ex kriser och relationsproblem) i kontaklt med sjukvården (Cullberg och Stefansson 1981). Samma verkan kan det ha haft att vård av alkoholmissbruk allt mera övergått från att vara en socialvårdsuppgift till att bli en sjukvårdsuppgift.

- Arbetskraven har ökat under perioden. Enligt Levnadsnivåundersökningen ökade andelen personer som upplevde sig ha psykiskt ansträngande arbete från 30 % 1968 till 37 % 1974. Andelen som besväras av buller har likaledes ökat medan andelen som utsätts för fysiskt ansträngande arbete är närmast oförändrat eller något minskad. (SCB 1979 b). Många tunga jobb i skog och industri har försvunnit och de som drabbats har ofta fått förtidspension. Det gäller främst män i åldern 50-65 år. Förtidspensioneringen leder till en minskad sjukfrånvaroökning i denna åldersgrupp, eftersom förtidspensionärer inte får sjukpenning.

- En fjärde möjlighet är att befolkningens hälsotillstånd har försämrats. Tyvärr har vi inga longitudinella morbiditetsstudier som kan belysa den

frågan. Mortalitet är det enda måttet utöver sjukfrånvaro och förtidspension som medger någon jämförelse över tid. Den enda grupp som uppvisat en ökad dödlighet under den nämnda perioden är medelålders män. (Se tabell A:1).

Tabell A:1

Dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension bland män och kvinnor 40-59 år 1967 och 1976.

	MÄN		KVINNOR	
	1967	% ändring 1967-1976	1967	% ändring 1967-1976
Dödstal 1)	609	+ 4,8	357	- 6,8
Sjuktal 2)	19,1	+ 41,2	22,9	+ 25,2
Förtidspension 3)	36,4	+ 75,8	78,1	+ 9,9

1) Döda per 100 000 medelfolkmängd
2) Sjukdagar per inskriven med förvärvsarbete
3) Antal förtidspensionärer (beståndet) per 1 000 förvärvsarbetande.

Vi ser här att de medelålders männen enligt alla tre mått på ohälsa har en betydlig ökning jämfört med kvinnor. Vad gäller ökning av sjuktal och förtidspensionering bland männen kan man anta att näringslivets strukturomvandling har spelat en roll oberoende av morbiditeten.

Åldersgruppen 16-29 år som haft den kraftigaste ökningen av sjukfrånvaron har inte haft någon ökning av dödstalet.

En sista möjlighet är att den ökade frånvaron är uttryck för ett ändrat beteende som har sin grund i förändrade attityder till arbetet, annan arbetsmoral e t c. Det är särskilt den ökade korttidsfrånvaron bland yngre som man här har pekat på som svår att förklara med hänvisning till de tidigare nämnda förhållandena.

I SCB:s undersökning av sjukfrånvaron finner man att antalet sjukdagar i korttidsfall (under 7 dagar) hos personer som anger att de vid intervjutillfället inte har någon långvarig sjukdom är 2,8 dagar det föregående året. 10 % av denna grupp har mer än 3 sjukfall per år. Man pekar på att dessa siffror förefaller rimliga eller t o m ganska låga med tanke på den vanliga förekomsten av många kortvariga övergående symtom och sjukdomar som t ex förkylning, migrän, menstruationsbesvär, magkatarr e t c. SCB:s studie visar att antalet sjukdagar i korttidsfall är högre bland yngre även när man tar hänsyn till förekomst av långvarig sjukdom, arbetsmiljöfaktorer och attityder till arbetet (SCB 1979 a). Det kan vara ett resultat av en översjukskrivning bland yngre eller en undersjukskrivning bland äldre. I Levnadsnivåundersökningen visade det sig dock att symtom som förkylning, hosta, menstruationsbesvär, magont, illamående och huvudvärk är mycket vanligare bland yngre personer. Dessa symtom står antagligen för betydligt över hälften av alla korttidsfall i sjukskrivningsstatistiken. (RFV 1974). Huruvida denna typ av symtom har ökat under årens lopp är emellertid okänt.

Man har i en studie vid Riksförsäkringsverket funnit att om man jämför en persons sjukfrånvaromönster över en längre tidsperiod finner man ett starkt samband mellan individens frånvaro från år till år (Eriksen 1980). Det finns alltså en tendens till att bibehålla ett visst frånvaromönster över tiden. Sambandet över tiden är betydligt starkare för korttidsfrånvaro än för långtidsfrånvaro, vilket har tagits till intäkt för att korttidsfrånvaro skulle ha ett starkare samband med beteende än långtidsfrånvaron.

Andra data talar dock för att korttidsfrånvaron har en medicinsk relevans som inte omedelbart framgår av diagnosmönstret som kan förefalla rätt bagatellartat. Inom ramen för sjuktalsundersökningen har det gjorts en studie där man följt ett urval på 80 000 personer och studerat hur olika sjukfrånvaromönster predicerar förtidspensionering och dödlighet (tabell A 2)

Tabell A:2

Risk för förtidspension respektive dödsfall vid olika sjukfrånvaromönster. Sannolikhet i procent för att avlida respektive förtidspensioneras per år. (1969-1976) Åldersstandardiserat

Sjukfrånvarogrupper 1967-1969 (med förvärvsarbete)	Förtidspension		Dödsfall	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1) ej sjukskrivna	0,30	0,22	0,29	0,13
2) > 10 gånger 1-6 dagar	1,60	0,93	0,75	0,20
3) > 90 dagar	2,13	1,39	0,93	0,26

Det tycks föreligga klara samband mellan sjukfrånvaro och efterföljande förtidspension. Det gäller särskilt männen.

I sjukfrånvarogrupp 1, (Tabell A:2) har man visat att det finns relativt många som förtidspensioneras under diagnosgruppen tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar. I sjukfrånvarogrupp 2 ligger mentala sjukdomar klart högre medan i grupp 3 finns tendens till flera pensionsdiagnoser i gruppen rörelseorganens sjukdomar.

Resultaten av denna studie stämmer delvis överens med en studie av Vågerö (1978) där man funnit att personer med många korttidsfall har ett diagnosmönster på sjukintygen där psykiska och psykosomatiska symtom är överrepresenterade.

Vad gäller dödlighet finner vi i tabell A:2 att de korttidssjukskrivna har en betydande överdödlighet bland männen, men inte i samma grad bland kvinnorna. Detta kan möjligen förklaras av att alkoholism, som är betydligt vanligare bland män, spelar en roll för sambandet mellan sjukfrånvaromönster och dödlighet.

Resultatet kan också jämföras med studier som visat att personer med höga arbetskrav ofta uppvisar en kombination av högt blodtryck och låg sjukfrånvaro (Malmgren & Andersson 1976). Det senare talar för att sjukfrånvaron ibland är ett hälsobeteende som kan förebygga senare långvarig sjukdom.

Tanken på att sjukfrånvaro således kan vara en typ av "coping behaviour" i en stressituation har fått stöd i andra studier. I en liten undersökning av kvinnliga kranförare har man således funnit att de som har högt icke-medicinskt frånvarobehov (dubbelarbete med ansvar för hem och barn m m) och många frånvarotillfällen har bättre subjektiv hälsa än de som har högt frånvarobehov och få frånvarotillfällen (Edgren & Ander 1979). Detta kan möjligen vara en förklaring till att det i flera studier har visats att föräldrar med små barn inte har högre korttidsfrånvaro än andra. Att studera sjukfrånvaro utifrån en enkel modell som säger att sjukfrånvaro är ett resultat av sjukdom som är ett resultat av vissa miljöfaktorer är således otillfredsställande och har också visat sig att ge ganska låga förklaringsvärden. I SCB:s studie av sjukfrånvaro kunde frågor om en lång rad miljöförhållanden i arbete och boende samt frågor om långvarig sjukdom, nedsatt arbetsförmåga endast förklara sammanlagt 9 % av korttidsfrånvaron och 28 % av långtidsfrånvaron.

En annan fråga gäller sjukskrivningsdiagnosernas validitet i förhållande till klinisk definierad sjukdom.

Westrin (1973) har studerat sjukskrivningsdiagnosens reliabilitet och validitet vad gäller ryggbesvär. För 214 personer som 1964 varit sjukskrivna under diagnosen ryggbesvär eller liknande (med läkarintyg) fann han vid en efterföljande ortopedisk undersökning 1967 nedanstående resultat. Se tabell A:3 (jämförelsen är gjord med matchade kontrollfall som inte varit sjukskrivna för ryggbesvär de senaste 10 åren):

Tabell A:3

	Proband		Kontroll	
	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %
Ryggbesvär i anamnesen	94	98	39	56
Nedsatt rörelseförmåga i anamnesen	52	64	13	5
Klinisk ortopedisk lumbalryggdiagnos	46	64	20	38
Höggradig thoracolumbal spondylos på röntgen	31	28	24	8
Klinisk missbruksdiagnos	13	0	7	1

Vad gäller sjukskrivningsdiagnosens reliabilitet kan man alltså konstatera att nästan alla anger ryggbesvär i auto-anamnesen medan över 40 % anger att de inte hade nedsatt rörelseförmåga. Detta kan dock sammanhänga med att ryggbesvär förvärras i samband med vissa rörelser i arbetet. Något tyder på att ryggdiagnosen ibland kan dölja missbruksproblem. Vad gäller validiteten är skillnaden mellan probander och kontrollgrupp störst vad gäller autoanomnestiska uppgifter, men mindre när det gäller den ortopedisk kliniska diagnosen och minst för röntgenfynd. Det är dock anmärkningsvärt att 1/4 av kontrollfallen har ryggdiagnos i den kliniska undersökningen medan knappt hälften av probandena inte har det. Det är välkänt att den röntgenologiska diagnosen har dålig korrelation med de kliniska fynden.

Det kan här även nämnas att dödligheten bland män första året efter att de förtidspensionerats under diagnoser inom rörelseorganens sjukdomar är 50,4 % över normalpopulationen medan överdödligheten för kvinnorna endast är 0,9 %. Detta talar för att denna typ av diagnoser ibland kanske döljer andra problem som t ex missbruk (Eriksen 1980).

Tibblin och Johansson (1976) har i kohortsstudien "1913 års män" följt sjukfrånvaron och jämfört med de kliniska fynden. De finner att vad gäller exempelvis diagnoserna hypertoni och infarkt återfinns över 95 % av de fall som som är konstaterat i en klinisk undersökning i försäkringsregistret. De konkluderar att "sjukfrånvaro till en betydande del kan förklaras av objektivt verifierbara sjukdomstillstånd".

Allander (1970) fann i sin populationsstudie av rheumatoid artrit att det bland personer som får konstaterat RA vid en survey finns många med betydligt mindre sjukfrånvaro än de som fått sin RA konstaterad i sjukvården. Det finns för män ett positivt samband mellan antal sjukdagar och funktionsnedsättning av arm-hand medan sambandet för kvinnor är mindre tydligt.

Är sjukfrånvaro då ett användbart mått på ohälsa?

För det första är frånvaromåttet av rent försäkringstekniska orsaker ett dåligt hälsomått för personer som inte har sjukpenninggrundande inkomst av eget arbete.

För den läkarkontrollerade långtidsfrånvaron är sambandet med subjektiv upplevelse av långvarig sjukdom och besvär starkt. Sambandet mellan ohälsa och frånvaro är dock beroende av individens arbetsmiljö och arbetsmarknad på orten. Långtidsfrånvaro föregår dock ofta en förtidspensionering även när denna har sin grund i arbetsmarknadsförhållanden.

För korttidsfrånvaron har det av flera orsaker rests tvivel om samband med ohälsa. Antalet sjukdagar i korttidsfall för personer utan långvarig sjukdom är dock inte större än att det utan vidare kan förklaras med hänvisning till sjukdomsfall i infektioner, migrän e t c. Den typ av sjukdomar är dessutom vanligare bland yngre som också har den högsta korttidsfrånvaron. Sjukfrånvaro kan således även för korttidsfallen antas ha god validitet jämfört med intervjuuppgifter om upplevd ohälsa och nedsatt arbetsförmåga.

Vår kunskap om validiteten av diagnosuppgifter i försäkringsregistret är fragmentarisk. Många symtomdiagnoser torde ge uppgifter jämförbara med hälsointervjuer, medan många diagnoser främst rörande psykiska sjukdomar och missbruksproblem döljs bakom andra mer neutrala diagnoser som t ex ryggbesvär. Många sjukdomar registreras aldrig i försäkringsregistret, därför att de inte leder till nedsatt arbetsförmåga.

KODNING AV SYMTOM OCH DIAGNOSER I FÖRSÄKRINGSREGISTRET

Diagnosindelningen i huvudgrupper och en speciell psykosomatisk grupp har skett på basis av socialstyrelsens provisoriska öppenvårdskokod (1970)

Koderna måste vid sjukförsäkringsmaterial även användas på ett stort antal mycket oprecisa besvärsangivelser av lekmannakaraktär. Hur detta har skett redovisas även i nedanstående.

I: Infektionssjukdomar.
009-136

II-IV, XIV: Tumörer, Endokrina sjukdomar och blodsjukdomar m m:
Kong. missbildningar.
140-289, 740-758

V: Mentala rubbningar:
290-316, 790 (trötthet, asteni, insufficiens m m)
Alla ospecifika psykiska symtom av typ "nervös", "nerverna" etc har kodats som 300 (psykoneuros)

VI: Nervsystemet och Sinnesorganens sjukdomar.
320-389, 780 (yrsel m m) 781 (symtom ifrån ögon och öron, synbesvär, öronsusningar o dylikt)

VII: Cirkulationsorganens sjukdomar:
390-458, 782 (hjärtbesvär, bröstsmärtor, hjärtklappning m m)

VIII: Respirationsorganens sjukdomar:
460-519, 783 (hosta, heshet m m) allergi: 507

IX: Digestionsorganens sjukdomar:
520-577, 784, 785 (magbesvär, magvärk, illamående, diarré, maginfluensa)

X: Urogenitalorganens sjukdomar:
580-629, 786 (besvär med vattenkastning, blåskatarr m m)

XI: Graviditetskomplikationer:
630-678 (inkl abort)

XII: Hudens sjukdomar:
680-709

XIII: Muskoloskeletala systemets sjukdomar:
710-738, 787 (ont i arm, ben, fot etc). Olika uttryck för ont i ryggen, ryggsträckning etc har satts till 728

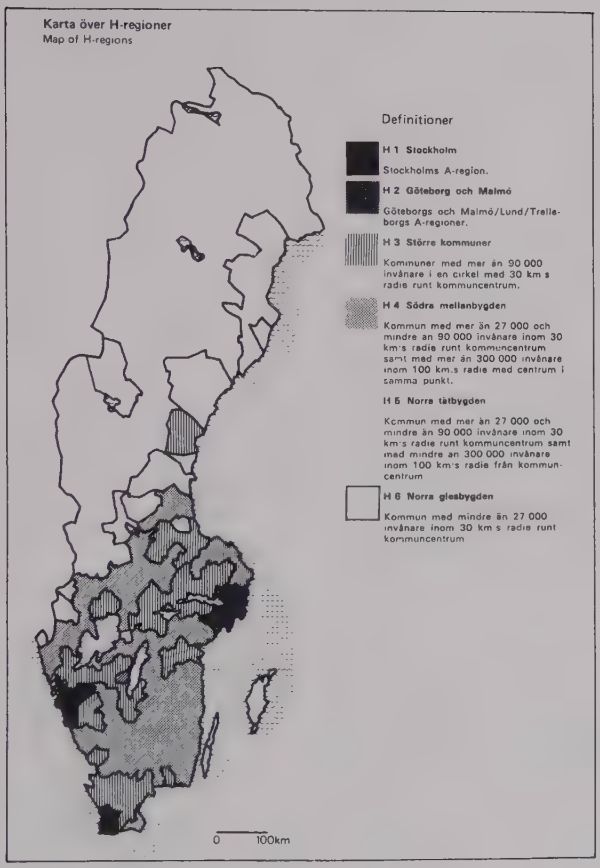
XIV: Symptom och ofullständigt preciserade fall.
788 (feber, infektion, hög sänka m m), 789, 791 (huvudvärk, 792-796 (läkarbesök av okänd orsak). Oläslig diagnos.

XVII: Skador genom yttre våld och förgiftning.
800-999

Psykosomatiska symtom och sjukdomar:
305, 306 organneuroser, sömnbesvär.
401 (hypertension), 532, 535 (ulcus, gastrit),
564 (kolon irrit), 626, 627 (menstruationsbesvär), 493 (astma bronch.) 780, 781, 782, 784, 785 (diverse symtom, se ovan)

Period med föräldraledighet i samband med förlossning betraktas som likställd "hemmamakeförsäkrad" och faller alltså bort ur beräkningarna.

Karta över H-regioner



INDEX ÖVER PSYKISKA BESVÄR

Index har konstruerats på basis av fyra frågor som ingår som en del i en postenkät med en rad andra frågor om hälsotillståndet. Enkäten distribuerades av den lokala vårdcentralen också som led i ett försök att utveckla ett bättre planeringsunderlag för primärvården i området. Enkäten följdes av ett brev undertecknat av distriktsläkarna i området. De fyra frågorna finns använda i låginkomstutredningen 1968 (Johansson 1971).

Sätt kryss om Du de senaste tolv månaderna har haft något av följande besvär.

.....

	Andel som svarat ja
- Sömnbesvär	10,5 %
- Nervösa besvär (ängslan, oro ångest)	11,6 %
- Depression, djup nedstämdhet	4,4 %

.....

Har du ofta känt dig trött?	25,5 %

En första fråga man kan ställa sig är i hur hög grad det här finns en över- eller underrapportering jämfört med intervjun och läkarkonsultation. Låginkomsturedningen gjorde en reintervju där två läkare ställde samma frågor i en situation som så vitt som möjligt skulle likna en läkarkonsultation. Man fann genomgående en högre andel bejakande svar vid denna reintervju. I en konsultationssituation är intervjupersonen antagligen mera motiverad att svara korrekt. Underrapportering var tydlig vid frågan om nervösa besvär, medan tendens till underrapportering för de övriga tre frågorna inte var lika entydig.

I vår studie har vi dels använt oss av en postenkät vilket kanske minskar motivationen jämfört med vid intervjun att ge genomtänkta svar. Ifyllandet av en postenkät är mera anonymt än i en intervju vilket kan vara av betydelse vid besvarandet av känsliga frågor rörande psykisk hälsa. Samtidigt är enkäten distribuerad från den lokala vårdcentralen vilket torde öka motivationen. När vi jämför ovanstående svarsfrekvenser med låginkomstutredningens för samma åldersgrupper finner vi inga större skillnader. Andelen trötta är något högre på Hertsön bland de 20-29 åriga medan andelen deprimerade är genomgående lite lägre. För många somatiska frågor finner vi en klart högre ja-frekvens än låginkomstutredningens siffror. Om nu detta är en effekt av frågeformulärets anknytning till sjukvården eller om det är för att symtomen är vanligare på Hertsön kan inte avgöras. Det senare är dock mycket troligt med tanke på den höga sjukfrånvaronivån i denna stadsdel (se avsnitt 3.2). Det finns således skäl att anta att vi även här har att göra med en viss underrapportering främst vad gäller frågan om nervösa besvär.

Delvis berör de fyra frågorna olika kvaliteter i det psykiska välbefinnandet men för att öka reliabiliteten och förenkla användandet av svarsmönstren i den fortsatta analysen har vi sökt studera om de svarsmönster vi fått stödjer en hypotes om att frågorna kan betraktas som en endimensionell skala med kumulativa egenskaper. Det är med andra ord frågan om att

rangordna frågorna i allvarlighetsgrad och att studera huruvida de som svarat ja på frågan om det allvarligaste symtomet också har svarat ja på de mindre allvarliga.

På basis av de frekvenser som visats ovan är det rimligt att rangordna frågorna med depression, sömnbesvär, nervösa besvär och allmän trötthet i fallande allvarlighetsgrad. Detta förefaller även rimligt på basis av klinisk erfarenhet även om ordningsföljden mellan sömnbesvär och nervösa besvär kan diskuteras.

Tabell D.1 anger de 16 logiska kombinationerna som kan konstrueras på basis av de fyra frågorna.

Tabell D.1

	Depressioner	Sömnbesvär	Nervösa besvär	Allmän trötthet
1	-	-	-	-
2	-	-	-	Ja
3	-	-	Ja	-
4	-	Ja	-	-
5	Ja	-	-	-
6	-	-	Ja	Ja
7	-	Ja	-	Ja
8	-	Ja	Ja	-
9	Ja	-	-	Ja
10	Ja	-	Ja	-
11	Ja	Ja	-	-
12	-	Ja	Ja	Ja
13	Ja	-	Ja	Ja
14	Ja	Ja	-	Ja
15	Ja	Ja	Ja	-
16	Ja	Ja	Ja	Ja

Gör vi en Guttman-analys på detta svarsmönster får vi en reproducerbarhetskoefficient på 0.950 och en scalabilitetskoefficient på 0.653. Detta talar för att det är rimligt att konstruera en skala med följande ideala svarsmönster (tabell D.2).

Tabell D.2

Tabell över det "ideala" svarsmönstren i skalan.

Skalnivå	Depression	Sömn besvär	Nervösa besvär	Allmän trötthet
1 Normalt välbefinnande	-	-	-	-
2 Allmän trötthet	-	-	-	Ja
3 Nervösa besvär	-	-	Ja	Ja
4 Sömnbesvär	-	Ja	Ja	Ja
5 Depressioner	Ja	Ja	Ja	Ja

Vi slår då ihop de 16 svarskombinationerna i tabell D.1 på samma sätt som man gjorde i låginkomstutredningen således att nivå 1 = 1+4+5, nivå 2 = 2+9, nivå 3 = 3+6+10+13, nivå 4 = 7+12 och nivå 5 = 11+14+15+16.

I låginkomstutredningen kunde man internvalidera denna skala mot frågor om läkemedelskonsumtion m m och fann ett starkt samband mellan skalnivå och konsumtion av olika typer av psykofarmaka. Vi har i denna studie haft möjlighet att externvalidera skalan mot distriktsläkarbesök under de 12 månader som frågorna avsåg. Se tabell D.3.

Tabell D.3

Skala över psykiska besvär mot besök hos distriktsläkare under diagnos inom kapitel V: mentala rubbningar.

	Procent på Hertsön	Andel som varit hos distriktsläkare
1 Normalt välbefinnande	69,1	1,5
2 Allmän trötthet	15,8	5,5
3 Nervösa besvär	7,1	8,8
4 Sömnbesvär	6,0	8,4
5 Depression	1,9	15,5

Vi får här ett stöd för att skalan har en godtagbar validitet i förhållande till psykiska besvär även om rangordningen mellan sömnbesvär och nervösa besvär fortfarande förefaller tveksam. Andelen med sjukvårdskontakt kan förefalla låg, men dels torde det förekomma en kraftig underrapportering av psykiatriska diagnoser i primärvårdens diagnosregister, och dels söker många vård hos de psykiatriska specialistmottagningar som inte har ingått i denna studie.

LITTERATURFÖRTECKNING

Allander E	A population survey of rheumatoid arhritis. Acta Rheum Scand, Suppl 15, 1970
Allardt E	Att ha, att älska, att vara. Lund 1975
Arnell-Gustafsson U	Om Bostadssegregationens effekter. Uppsala 1975
Arvidsson O & Berglund K	Community Environment and Health. I Health and Society VI. FRN, Stockholm 1981
Astrup & Ødegård	Internal Migration and Disease in Norway. Psychiatric Quarterly, suppl 34, 1960, 116-130
Back R L & Smith J	Community Satisfaction, Expectations of Moving, and Migration, Demography 1977, 14, 147-167
Bain D J G & Philip A E	Going to the doctor: Atendencies by members of 100 families in the first year in a New Town. J R Coll Gen Pract 1975:821
Bell W	The City, Suburb and a Theory of Social Choice. In the New Urbanization, (ed) S Greer et al. N Y 1968
Björkman T & Lundqvist K	Från MAX till PIA. Stockholm 1981
Bond S, Lundin L & Öhrnell C	Flyttningar och boendeönskemål i Uppsala kommun. Planerings- och fastighetskontoret 1974. Stencil.
Brorsson B	Mätfel i hälsointervjuer. Statistiska Centralbyrån. Urval 12:1980
Brown G W & Harris T	Social Origins of Depression. London 1978
Carlsson G	Hälsa, levnadsvillkor och lokal samhällsmiljö. I SOU 1974:2. Ortsbundna levnadsvillkor, bilaga 3 sid 337-348
Cassel & Tyroler	Arch Env Health, 1961:3:31-39
Clausen J A & Kohn M L	Relation of Schizophrenia to the Social Structure of a Small City. I: Epidemiology of Mental Disorders. Wash D C 1959
Clout I	Psychiatric Illness in a New Practice. Lancet 1962, 683
Cochrane R	Mental Illness in Immigrants to England and Wales. Social Psychiatry 1977, 12, 25-35

Cullberg J & Stefansson C-G	Nacka-projektet 1974-79. SPRI Rapport 56/1981
Dahlberg & Åberg	Geografisk rörlighet - sociala och ekonomiska effekter. Avsnitt 9.1 - 9.7 i SOU 1978:60. Arbetsmarknadspolitik i förändring. 1978
Dahlin L	Levnadsnivå och hälsotillstånd, utnyttjande av social och meidicinsk service i tre Malmödistrikt. Malmö 1975
Dalgard O S	Bomiljö og psykisk helse. Oslo 1980
Dalgard O S	Migrasjon och funktionella psykoser i Oslo. Oslo 1967
Daun Å	Boende och livsform. Stockholm 1980
Daun Å	Förortsliv. Stockholm 1974
Dohrenwend B P & Dohrenwend B S	Psychiatric Disorders in Urban Settings. I: Arieti & Caplan (eds) American Handbook of Psychiatry. N Y 1974, p 424-447
Duncan O D & Duncan B	Residential Distribution and Occupational Stratification. In: Cities and Society. Ed: Hatt & Reiss N Y 1957
Dunham H W	Community and Schizophrenia. Detroit 1965
Edgren & Ander	Forskning kring arbetsfrånvaro. Arbetarskyddsfondens konferens 1979 10 11. (Stencil)
Eliasson R-M & Nygren P	Psykiatrisk Verksamhet I. Stockholm 1981
Eriksen T E	Den ökade sjukfrånvaron - en statistisk analys. Delegationen för Social Forskning, rapport 1980:1
Eriksson R	Ortsvisa Levnadsnivåvariationer. Institutet för Social Forskning. Särtrycksserie nr 18 b, Stockholm 1976
Eriksson R	Socialgruppskoder enligt en modifikation av valstatistikens yrkesgruppering. Inst för Social Forskning. Stencil 1975
Faris R E L	Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality. Am J Sociology 1934, 40, 155-169
Faris & Dunham	Mental Disorders in Urban Areas. Chicago 1939
Firey W	Känsla och symboler som ekologiska variabler. I: Lindberg G (red) Urbana Processer. Lund 1971
Flemström C & Ronnby A	Fallet Rosengården - en studie i svensk bostadspolitik. Lund 1972
Fried M	Grieving for a Lost Home. I The Urban Codition (ed J L Duhl) New York 1963

Fritz M	Kirunagruvornas arbetskraft 1899-1905. Medd. fr. ekonomiskhistoriska institutionen, Göteborgs Universitet, 1969
Gans H J	Planning and Social Life. The J of Am Inst of Planners 1961, 26
Gerard D L & Houston L G	Family Setting and the Social Ecology of Schizophrenia. Psychiatric Quarterly 1953, 27, 90-101
Goldstein S	The Extent of Repeated Migration: An Analysis Based on the Danish Population Register. Am Stat Ass J, 1964, 1121-1132
Goldthorpe J H	Arbetaren i överflödssamhället. Stockholm 1972
Gordon H & Molin P	Man bara anpassar sig helt enkelt. Stockholm 1972
Gordon R E & Gordon K K	Emotional Disorders of Children in a Rapidly Growing Suburb. Int J Soc Psychology 1958, 4, 85-97
Gordon R E & Gordon K K	Community Mobility and Emotional Disorders. J of Med Society of New Jersey, 1959, 56
Gordon R E & Gordon K K	Psychiatric problems of a Rapidly Growing Suburb. A.M.A. Arch of Neurol and Psychiatry, 1958, 79, 543-548
Gordon R E & Gordon K K	Social Psychiatry of a Mobile Suburb. Int J Soc Psychology 1960, 6, 89-100
Gordon R E, Gordon K K & Englewood N J	Psychosomatic Problems in a Rapidly Growing Suburb. J.A.M.A. 1959, 170 69-76
Hare E H	Mental Illness and Social Conditions in Bristol. J Ment Science 1956, 102, 349-357
Hare E H & Shaw G K	Mental Health in a New Housing Estate. London 1965
Helander E	Sjuklighet, försörjning och arbetsmarknadsproblem hos kriminella. I Samhällsförändringar och brottslighet. (red: Daun A m fl) Stockholm 1974
Helgason T	Epidemiology of Mental Disorders in Iceland. Acta Psych Scand, suppl 173, 1964
Hirschmann A	Sorti eller protest. Stockholm 1972
Hollingshead A B & Redlich F	Social Class and Mental Illness. N Y 1958

Holter H m fl — Familjen i klasssamhället. Malmö 1976

Holzkamp K — Den kritiske psykologis overvindelse af psykologiske teoriers videnskabeliga vilkårlighed. I Dreier O (red): Den kritiske psykologi. Köbenhavn 1979

Hooper D & Ineichen B — Adjustment to moving: a follow-up study of the mental health of young families in New Housing. Soc Sci Med 1979, 130, 163-168

Hooper D et al — The Health of Young Families in New Housing. I Psychosom Res 1972, 16, 367-374

Hooper, Coleman and Ineichen — Social work intervention on a New Housing estate. Br J Social Wk, 1978, 8, 453-464

Howard E — Garden Cities of Tomorrow. London 1902 (2 ed)

Hull D — Migration, Adaption and Illness. Soc Sci & Med 1979, 13 A, 25-36

Hydén L-C — Psykologi och materialism. Stockholm 1981

Ineichen B — Neurotic Wives in a Modern Residential Suburb, Soc Sci Med, 1975, 9, 481, 487

Ineichen B & Hooper D — Wives Mental Health and Childrens behaviour Problems in contrasting Residential Areas. Soc Sci Med 1974, 8, 369-374

Inghe G — Socialmedicin 2. Den sociala miljöns betydelse. Stockholm 1976

Ingleby D (ed) — Critical Psychiatry. London 1981

Israel J — Fremmedgörelse. Köbenhavn 1969

ISSA — Absenteeism and Social Security. Geneva 1981

Johansson S — Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Stockholm 1971

Johansson S — Om levnadsnivåundersökningen. Stockholm 1970

Karasek R A — Job demands, Job decision Latitude, and Mental Health Strain: Implications for Job Redesign. Adm Sci Quarterly 1979, 24, 285-309

Kasl S V & Harburg E — Mental Health and the Urban Environment: Some Doubts and Second Thoughts. I Health Soc Behav 1975, 16, 268-282

Kinberg O, Inghe G & Lindberg T — Kriminalitet och alkoholmissbruk. Meddelande nr 9, Inst för maltdrycksforskning. Stockholm 1957

Komarovsky M — The Unemployed Man and His Family. N Y 1940

Korpi W	Rapport nr 3, (1972 a) och 4, (1972 b) i serien Geografisk rörlighet - sociala och ekonomiska effekter. Umeå (stencil)
Landell N E	Storstadsmiljö och Psykisk Hälsa. Stockholms läns landsting. Regionplanekontoret. Rapport 1978:7
Lapouse, Monk & Terris	The Drift Hypothesis and Socioeconomic Differentials in Schizophrenia. Am I Publ Health 1956, 46, 978-986
Lazarus, Locke & Thomas	Migration Differentials in Mental Disease. Millb Mem Fund Quart 1963, 41, 25-42
Lee E S	Socioeconomic and Migration Differentials in Mental Disease. Millb Mem Fund Quart 1963, 41, 249-268
Leighton et al	My Name is Legion. N Y 1959
Leighton et al	The Character of Danger. N Y 1963
Levy L & Rowitz L	The Ecology of Mental Disorders. N Y 1973
Lindberg G	Social Omgivning. En socialekologisk undersökning av tjugo bostadsområden i Malmö. Lund 1967
Lindberg G	Urbana processer. Lund 1971
Luleå Kommun	Programhandlingar för totalentreprenad av Hertsön. 1968
Malmgren & Andersson	På jakt efter hälsoprofilen. (Stencil) Universitetet i Linköping 1976
Malzberg B & Lee E S	Migration and Mental Disease. N Y 1956
Martin, Borther-stone and Chave	Incidence of Neurosis in a New Housing Estate. Brit I Prev Soc Med, 1957, 11, 196-202
Mead C H	Mind, Self, and Society. Chicago 1934
Michelsson W	Environmental Choice, Human Behaviour, and Residential Satisfaction. N Y 1977
Morgan P & Andrushko E	Soc Sci Med 1977, 11, 611-618
Mueller D P	Social Networks: A promosing Direction for Research on the Relationship of the Social Environment to Psychiatric Disorder. Soc Sci & Med 1980, 14 A, 147-161
NORDREFO	1978, 9, 3, 35-52 Leva i Norden
Nygren P	Den Sociala grammatiken. Stockholm 1978

Park R	Human Ecology. Amer Soc 1931, 42, 1-15
Pickvance C G	Life Cycle, Housing Tenure and Residential Mobility: A path analytic Approach. Urban Studies 1974, 11, 171-188
Prior I	Adv Psychosom Med 1977, 9, 105-131
Riksförsäkrings-verket	Sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen år 1970
Robinson W S	Ecological Correlations and the Behavior of Individuals. A Soc Rev 1950, 15, 851-857
Rossi P	Why Families Move. Glencoe III. 1955
Sabagh G, van Arsdol M D & Bulter E W	Some Determinants of Intrametropolitan Residential Mobility: Conceptual Considerations. Social Forces 1969, 48, 88-98
Sainsbury P & Collins J	Some Factors Relating to Mental Illness in a New Town. I Psychosom Res 1966, 10, 45-51
Socialstyrelsen	Provisorisk diagnoskod för öppen vård. 1970
Socialstyrelsen	Sjukfrånvaron i Sverige. Socialstyrelsen Redovisar 1981:6
Srole et al	Mental Health in the Metropolis. N Y 1962
Statistiska Central-byrån	Information i Prognosfrågor 1974:9
Statistiska Central-byrån	Information i Prognosfrågor 1976:7
Statistiska Central-byrån	Levnadsförhållanden. Rapport 3. Boendeförhållande 1974. Stockholm 1976
Statistiska Central-byrån	Levnadsförhållanden. Rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. Stockholm 1979 a
Statistiska Central-byrån	Levnadsförhållanden. Rapport 19:1. Regionala levnadsnivåvariationer 1975/76. Stockholm 1979
Statistiska Central-byrån	Miljöstatistisk årsbok 1978. Arbetsmiljön. Stockholm 1979 b
Stockholms Socialförvaltning	Bostadssocial beskrivning av Stockholm 1973. Stockholm 1977. Stencil

Swedner H — Den sociala segregationen i den svenska stadsbygden. I Turner (red) Bostadssegregation. Lund 1980

Taylor S & Schave S — Mental Health and Environment. London 1964

Taylor S — The Surburban Neuroses. Lancet 1938, 759-761

Tibblin G & Johansson U L — Sjukfrånvaron bland 1913 års män - en lägesrapport. Arbetarskyddsfondens konferens 1976-10-14

Tyroler & Cassel — J Chron Dis 1964:17, 167-177

Walldén M & Andréasson S — Flyttningsmönstret 1973 för Stockholms Läns Kommuner. Stockholms Läns Landsting. Planeringskontoret. Rapport 1975:9

Westrin C-G — Low Back Sick-listing. Scand J Soc Med suppl 7:1973

Wiedling K — Växande stad. PA-rådet. Stockholm 1966

Willner et al — Housing as an Environmental Factor in Mental Health: The Johns Hopkins Longitudinal Study. Am J Publ Health, 1956, 46, 736-744 och 1958, 48, 1607-1615 och 1960, 50, 55-63

Willner et al — The Housing Environment and Family Life. Baltimore 1962

Vågerö D — Skillnader i diagnosmönster mellan hög- och lågsjukskrivna i Stockholms län 1975. (Stencil) Socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus 1978

Young M & Willmott P — Family and Kinship in East London. London 1957

Åberg R — Geografisk rörlighet - sociala och ekonomiska effekter i flyttning - undersökningsmetoder och regionalt perspektiv. Rapport 4. Social Utvecklingsplanering i Norrbottens län. Luleå 1978

Ødegård — The Distribution on Mental Disease in Norway. Acta Psych et neurol 1945, 20, 247-284

Öyen Ö — Ecological Context and Residential Differentiation. Oslo 1964

SUMMARY

The main purpose of this thesis is to analyse some explanations for the fact that the prevalence of mental and psychosomatic illness is often found to be higher in new suburbs compared with older, more established areas.

During the period 1965-1974 one million dwellings were built in Sweden. In spite of heavy criticism of the lack of social planning in these new areas, practically no studies have been conducted to analyse the mental health consequences of this enormous effort. Recently a study from Norway has shown the mental healt effects of the environment in new suburbs with public housing, high mobility, a high proportion of low-income families and deficient service facilities. (Dalgard 1980).

On the basis of a review of the literature on housing environment, migration and mental health some critical points can be raised:

- the environmental categories compared have often been too wide and the effects of mobility, segregation and social isolation etc have been difficult to distinguish.

- the influence of selective migration on the results has usually not been analysed in any detail.

- a major problem has been the lack of a theoretical framework.

When a high prevalence of mental illness is found in areas with high mobility, loose social structure and networks, and lack of social services, it is consistent with several different theories. These have been formulated in terms of the harmful effects of social disorganisation on social interaction, or in terms of how social disintegration makes it impossible for humans to satisfy their basic social needs. It has, however, not been possible to give more specific empirical support to any of these theories.

In this study we focus on three different questions:

- to what extent is migration to a new suburb selective according to health?

- what are the health effects of moving into a new suburb?

- what are the effects of living there?

The study was carried out in the northern Swedish town of Luleå (which has 67,000 inhabitants) during the years 1976-1979. The economy of this town is based on the steel industry. Most of the living areas have been built since 1960 and are designed as rather well-defined areas with 5-10,000 inhabitants.

In the first part of the study we have analysed local migration. We have compared all the 3 105 persons who moved to or from a house in Luleå during the autumn of 1977 with a random sample of the population (3 186 persons 18 years of age and older). On all 6 300 persons we have collected data from the national register, the local social welfare office (concerning public assistance and the local temperance board) and the national health insurance register (concerning absence from work due to sickness).

It is found that the proportion of persons who are absent due to sickness for more than two weeks the preceding year is higher among people who move within the municipality. This is true even when we consider that they have lower incomes, are younger and more often have small children. The high number of sick days is especially pronounced among those moving to and from public housing areas. The effect of this selection is that in newly-built areas where the result of migration is positive, there will, at least for a period, be a great number of persons with a high level of absence due to sickness. Another tendency is also clearly demonstrated. Persons with high incomes have a high rate of migration out of low income areas -resulting in a tendency towards increasing income differentials between areas.

The reason for the selection according to absence due to sickness is not quite clear. It may be that people who move house are experiencing change in the family structure or the economy, which at the same time results in a high absence rate and need for changed housing. It could also be that people with mental and other health problems try to solve them by moving to a new environment. The health problems may or may not be a result of the housing environment.

In the second part of the study we have focused our interest on a new suburb in Luleå which was built between 1971 och 1975. This area is divided into 18 neighbourhoods with alternating public housing and privately-owned, self-contained houses. The population consists mostly of young families with children and the mixture of housing types results in a social mixture where class composition does not differ from the rest of the community.

Half of the inhabitants in this area have migrated from other municipalities than Luleå. In this group we have studied information relating to absence due to sickness in terms of diagnosis and number of sick-days. We have analysed absence due to sickness three years before and three years after migration and compared this with figures for a matched control group of persons of the same sex and age, but who have stayed in the municipalities the migrants have left. The selection can now be studied by comparing absence due to sickness among the migrants and the control group during the years before migration. We find that among the migrants there is a higher proportion of persons who are absent for a number of different conditions and symptoms. The difference is more pronounced among those who move from bigger towns and is especially found for absence due to psychosomatic conditions (gastritis, headache etc). The selection is only found among blue-collar workers. A possible explanation of this pattern is that workers moving from bigger towns to Luleå seldom move because they cannot get employment and education in their place of origin, but more often because they are not satisfied with the work, housing, employment, opportunities etc. This satisfaction may result in absence from work due to sickness. The selection among migrants from rural areas is less pronounced, probably due to the fact that they often move because of unemployment and lack of other opportunities. This is probably not accompanied by a high rate of absence due to sickness. While blue-collar workers often migrate as a result of push-factors (negative factors at their place of origin) white-collar workers more often migrate as a step in a career. When we follow the migrants during the years following migration and compare them with the control group of non-migrants we find that the number of absence periods increases among migrants from rural areas and from bigger towns, but not among those moving from towns

of the same size in other parts of northern Sweden. The number of sick-days is, however, unchanged. But when we analyse the spectrum of symptoms and illnesses we find that migration from rural areas is followed by an increase in sick-days for psychosomatic symptoms. For reasons of integrity mental health problems are severly underestimated in the national health register, and very small and insignificant changes are observed.

Changes in absence due to sickness after migration are only observed among blue-collar workers. The explanation for this may be that workers, moving because of unemployment or bad working conditions etc, are more often forced to take less attractive employment in the new place. The result may be a higher rate of absence due to sickness. This point illustrates that it is impossible to distinguish in this study the effects of migration (change) and the effect of the new environment.

Absence due to sickness is an indicator of illness. However, it is strongly influenced by the working environment and other living conditions. This means that workers with the same level of health but with different working conditions etc may have different levels of absence from work due to sickness. Consequently we cannot be sure that a strong relationship between migration and absence due to sickness is an expression of a relationship between migration and sickness.

In the third part of this study we have analysed answeres to a questionnaire on health status and social contacts, sent out by post and answered by 3,000 inhabitants (81 %) in this suburb. We have in addition interviewed a small sample of 50 families drawn from those persons reporting nervous symptoms and long-term absence due to sickness and 25 persons with neither symptoms nor abzence. After defining a mobile group of those 30 per cent who have moved recently and often we find, as in the previous study on absence due to sickness, that among blue-collar workers there is a positive relationship between mobility and mental illness.

The relationship between mobility and social isolation is weak. This may be due to the fact that migration is too wide a category. Our interviews give many examples which illustrate that migration has a very different significance for different groups of people, and their chances of keeping old contacts and getting new ones are affected in different ways.

The selective migration makes it difficult to study the effect of the housing environment on mental health. The prevalence of mental illness differs considerably in the different parts of the suburb we have studied. In the public housing neighbourhoods the number of persons with mental symptoms is 35 % and in the privately-owned houses 26 %. This difference is not affected significantly when in a multivariate analysis we take different distributions of age, sex nationality and social class into account. Furthermore the significance is only significant among those who have stayed more than two years in the area and among those without regular contact with neighbours.

On the basis of the analysis of interviews we suggest that a better understanding of the effects of the housing environment on mental health could be based on a theoretical standpoint where the individual, together with other individuals, is seen as being constantly engaged in striving to control basic living conditions in order to satisfy biological and social needs. When this control is lost or threatens to be lost the individual reacts with anxiety. Three basic strategies for the individual can be distinguished:

external adjustment by changing the environment, internal adjustment by changing needs and expectations and finally migratory adjustment by moving to another environment. To deepen the analysis we need a better theoretical framework describing the mechanisms by which the structure of society creates limitations and opportunities for different individual strategies, and showing how the action and strivning of the individual is related to mental health.